**INFORME N.2 DE ACTIVIDADES**

Valle de San Juan, 23 de Junio de 2026

Señor:
**LUIS EDISSON RUIZ BETANCOURT**
Enfermero Jefe
Supervisor Contrato 078 de 2026
Hospital Vito Fasa el Gutiérrez Pedraza

**ASUNTO:** Informe de ejecución contractual – periodo del 24de mayo al 23 de junio de 2026
.

Respetado enfermero jefe:

**YO Daniela Alejandra León Saavedra ,** identificada con la cédula de ciudadanía número 1005691716 de valle de san Juan , en mi calidad de contratista del Hospital Vito Fasa el Gutiérrez Pedraza de Valle de San Juan - Tolima**,** a continuación, presento el informe de ejecución en desarrollo del contrato No.078 de 2026 en el periodo del 24 de mayo al 23 de junio de 2026 ,de la siguiente manera:

1. **INFORMACIÓN DEL CONTRATO**

| | |
|---|---|
| **CONTRATO No:** | **078** |
| **FECHA DEL CONTRATO:** | 17/04/2026 |
| **CONTRATANTE:** | HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA |
| **INFORMACION DEL CONTRATISTA** | |
| **CONTRATISTA:** | Daniela Alejandra Leon Saavedra |
| **C.C. O NIT:** | 1005691716 DE valle de san juan |
| **INFORMACION DEL CONTRATO** | |
| **OBJETO:** | PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA CONCURRIR, SUBSIDIAR Y COMPLEMENTAR LA EJECUCION DE LAS INTERVENCIONES COLECTIVAS DEL PIC EN EL MARCO DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO 2632 DE 2026 SUSCRITO ENTRE LA GOBERNACION DEL TOLIMA Y EL HOSPITAL LOCAL VITO FASAEAL GUTIERREZ PEDRAZA |
| **VALORTOTAL:** | 12.000.000 |
| **PLAZO TOTAL:** | 4 meses |
| **INICIO:** | 24-04-2026 |
| **TERMINACION** | 23-08-2026 |

| | |
|---|---|
| **SUPERVISOR:** | **LUIS EDISOON RUIZ BETANCOURT**<br>ENFERMERO JEFE |

## 2. DESARROLLO CONTRACTUAL:

De acuerdo a lo pactado dentro del contrato, en todo su clausulado, me permito presentar y sustentar las actividades específicas realizadas durante el periodo del presente informe, esto es del 24 de mayo al 23 de junio de 2026., atendiendo a cada una de las obligaciones estipuladas tal como se enuncian a continuación:

***OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:***

*Para el cumplimiento del objeto del presente contrato el contratista, bajo su absoluta autonomía, independencia y responsabilidad deberá desarrollar las siguientes actividades:*"

### A) OBLIGACION No.:1

1) Dar cumplimiento integral al Anexo Técnico N° 001, orientado a concurrir, subsidiar y complementar la ejecución de las intervenciones colectivas del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC, en el marco del Contrato Interadministrativo No. 2632 de 2026, garantizando la ejecución oportuna, eficiente y con calidad de las actividades allí establecidas.

En cumplimiento de esta obligación contractual se realizó, toma de signos vitales, educación y prevención en la población, sobre enfermedades crónicas no trasmisibles, incluyendo cáncer infantil ,cáncer de estomago, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de piel, cáncer de colon y recto así como el consumo de alcohol y la exposición o consumo de tabaco y dispositivos imitadores esta actividad se realizó durante la fecha 26,28,de mayo en el microterritorio santa rosa 29 d mayo y 2,3, de junio en el microterritorio capote, 10 de junio, informando a la población del microterritori del neme a la brigada de salud en la escuela, el día 17 de junio se llevo a cabo la jornada de consulta para las personas crónicas( hipertenso, diabéticos) del microterritorio el neme

**EVIDENCIA FOTOGRAFICA o SOPORTE DE EJECUCION DE ACTIVIDADES**








B) **OBLIGACION NO. :2**

**2). Ejecutar las actividades conforme al cronograma establecido garantizando el cumplimiento de metas, coberturas e indicadores**

En cumplimiento de esta obligación contractual se realizó, las actividades estipuladas brindando la información verídica y oportuna en cuanto a los temas asignados como: enfermedades crónicas no trasmisibles, incluyendo cáncer infantil ,cáncer de estomago, cáncer de pulmón, cáncer de próstata, cáncer de piel, cáncer de colon y recto así como el consumo de alcohol y la exposición o consumo de tabaco y dispositivos imitadores esta actividad se realizó durante la fecha 26,28 de mayo en el microterritorio santa rosa, 29 de mayo , 2 y 3 de junio en el microterritorio capote, , 10 de junio, informando a la población del microterritori del neme a la brigada de salud en la escuela, el día 17 de junio se llevo a cabo la jornada de consulta para las personas crónicas( hipertenso, diabéticos) del microterritorio el neme








C) **OBLIGACION NO. :3**

**3)Apoyar la recolección, consolidación, análisis y reporte de información derivada de las actividades desarrolladas, garantizando la calidad, veracidad y oportunidad de los datos.**

En cumplimiento de esta obligación contractual se realizó, diligenciamiento de información de datos personales, signos vitales de la población estas actividades se realizaron con fechas de 26,28 de mayo en el microterritorio santa rosa, 29 de mayo , 2 y 3 de junio ,en el microterritorio capote, , 10 de junio, informando a la población del microterritori del neme a la brigada de salud en la escuela, el día 17 de junio se llevo a cabo la jornada de consulta para las personas crónicas( hipertenso, diabéticos) del microterritorio el neme








**C)OBLIGACION NO. :4**

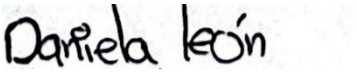
**Las demás que sean asignadas por el HOSPITAL LOCAL VITO FASAEL GUTIERREZ PEDRAZA E.S.E., DEL MUNICIPIO DE VALLE DE SAN JUAN TOLIMA, que estén acorde con la misión y naturaleza de su objeto contractual.**

Durante este periodo no se realizaron actividades diferentes a este contrato

Igualmente, he realizado los pagos al Sistema de Seguridad Social, de la siguiente manera:

| Periodo | No. De planilla | Fecha de cancelación | Valor | Observaciones. |
|---|---|---|---|---|
| 01de mayo al 30 2026 | 86491691 | 21-05-2026 | $541.800 | Se anexa la planilla cancelada |
| | | | | |

Cordialmente:



Daniela Alejandra León Saavedra
C.C 1005691716

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-06-25, 03:02:59 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 86491691

**Periodo Cotización** 202605 **Periodo Servicio** 202605

## PAGADA 2026-06-25 15:01:57.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | DANIELA ALEJANDRA LEON SAAVEDRA | | | | |
| **Documento** | CC 1005691716 | **Dirección** | CIRCULAR 00 #00 - 00 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 0000 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | VALLE DE SAN JUAN | **Departamento** | TOLIMA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1005691716 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | LEON SAAVEDRA DANIELA ALEJANDRA | 73854000 - 73 | | TOLIMA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.750.905 | 230301 | | 16 % | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | EPS002 | | 12,5 % | $ 1.750.905 | $ 218.900 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.750.905 | $ 42.700 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV. TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | SALUD TOTAL EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 280.200 | $ 0 | $ 0 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 541.800 |



**Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952**

Medellín, 03 de june de 2026

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.**

## CERTIFICA:

Que DANIELA ALEJANDRA LEON SAAVEDRA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1005691716 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 01/05/2026 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**DANIELA ALEJANDRA LEON SAAVEDRA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
1829901 - OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS NCP, INCLUYE LA PRESENTACIÓN DE INFORMES TEXTUALES Y GRABACIONES CON ESTENOTIPO EN PROCEDIMIENTOS LEGALES Y LA TRASCRIPCIÓN POSTERIOR DE LOS MATERIALES GRABADOS COMO REPORTES DE CORTE (JUDICIALES) O SERVICIOS DE GRABACIÓN DE ESTENOTIPIA Y SERVICIOS PÚBLICOS DE ESTENOGRAFÍA, SUBTITULACIÓN EN TIEMPO REAL (ES DECIR, SIMULTÁNEO) DE REUNIONES Y CONFERENCIAS POR TELEVISIÓN EN VIVO Y ACTIVIDADES DE SUBASTADORES INDEPENDIENTES; ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS DE FIDELIDAD

**CLASE DE RIESGO:** 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0.522%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000003 - SUCURSAL

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3161003 - ASERRADO, ACEPILLADO E IMPREGNACIÓN DE LA MADERA, INCLUYE LA FABRICACIÓN DE TABLETAS PARA PISOS DE MADERA, INCLUSO PARA LOS PISOS DE PARQUÉ, TRAVIESAS DE MADERA (DURMIENTES) PARA VÍAS FÉRREAS

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3161003 - ASERRADO, ACEPILLADO E IMPREGNACIÓN DE LA MADERA, INCLUYE LA FABRICACIÓN DE TABLETAS PARA PISOS DE MADERA, INCLUSO PARA LOS PISOS DE PARQUÉ, TRAVIESAS DE MADERA (DURMIENTES) PARA VÍAS FÉRREAS

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3161003

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

## Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 03/06/2026 11.11 AM