

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30
Nombre del Contratista:	SHARON JULIETH NARANJO CICUAIMIA		Número de Documento:	1026303083
Correo Electrónico:	naranjocicuamia@gmail.com		Número Telefónico:	3206388932
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado: - 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7482-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	4	26300	\$4944400	102.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4944400	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-09	1	\$ 5943800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 15780000	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 4839200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 6943200	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 5260000	1045
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	OCTUBRE	\$ 4839200	
2	NOVIEMBRE	\$ 5943800	
3	DICIEMBRE	\$ 4681400	
4	ENERO	\$ 6259400	
5	FEBRERO	\$ 4839200	
6	MARZO	\$ 5891200	
7	ABRIL	\$ 5891200	
8	MAYO	\$ 5260000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 9678400		\$ 48444600	\$ 43605400
			\$ 4839200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar investigación epidemiológica de campo (iec) de eventos de interés en salud pública en salud mental	Al momento se llevan 30 IEC efectivas de las cuales 28 se encuentran completas en la carpeta, como pendiente de realizar 2 IEC para completar lo solicitado al mes las cuales son 30 y ese de meta final con adicionales, casos de los diferentes subsistema SISVECOS y SIVELCE. Realización de IEC presencial y los seguimientos telefónicos del evento informado de acuerdo al lineamiento en vigencia, casos correspondientes al mes de marzo de 2026.	Se adjuntan soportes drive.
2	Realizar la verificación de cada una de las variables de la ficha de notificación e informar al líder de los ajustes.	Diligenciamiento de bases de control y actualización de casos en aplicativo, casos fallidos no facturados y casos facturados de los subsistemas SISVECOS y SIVELCE.	Bases de control y actualización de datos aplicativos de cada subsistema.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	Registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	Diligenciamiento de bases de control, entrega de productos formato pdf y actualización de aplicativo con información correspondiente.	Diligenciamiento de bases de control de casos, entrega de productos formato pdf y actualización de aplicativo de información correspondiente.
4	Identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad, reportando a los entes competentes.	Se realizan 25 canalizaciones y remisiones a entidades, de acuerdo con cada uno de los casos proporcionados y las necesidades de las familias abordadas, para los 30 casos efectivos.	Se realizan 25 canalizaciones y remisiones a entidades, de acuerdo a calidad.
5	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	Al momento se llevan 25 canalizaciones, las cuales están distribuidas en localidades 17 Ciudad Bolívar, 2 Tunjuelito y 6 Usme.	Informe de notificación con soporte por correo electrónico.
6	Participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	Se participo en la jornada de fortalecimiento del subsistema de Salud Mental la cual se llevó a cabo el día 30 de junio del 2026 frente a la solicitud de lineamiento para su cumplimiento.	Anexada en cronograma de actividades.
7	Realizar cruces para la verificación de la información realizada en la iec de cada variable.	Se realiza cruce de información para la verificación de la información realizada en el IEC de cada variable, por medio de consulta de aplicativos de PAI, comprobados de derechos ADRES y solicitud de datos a las EAPB. y cargas correspondientes en aplicativo.	Correos electrónicos, enlace de asistencias y actas de reuniones y cargues a corde a cronograma.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se realiza participación en reunión del componente de Salud Mental programada el día 30 de junio, Así mismo como participación en reentrenamiento IEC en SDS el día 22 de junio.	Soporte anexo.
9	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	Se realizó envío de carpetas en pdf de acuerdo a Los criterios establecidos y diligenciamiento de las bases de control, junto con entrega de consentimientos informados y actualización en aplicativos correspondientes.	Carpetas en PDF organizadas por localidad y subsistema según criterio establecido.
10	Realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	Esta actividad no se aplica en el período.	No aplica el periodo.
11	Realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Esta actividad no se aplica en el período.	No aplica el periodo.
12	Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E.	Se realiza entrega de IEC cerrados a la fecha y ejecutados teniendo en cuenta el lineamiento establecido.	Diligenciamiento de bases de control de casos y entrega en pdf, entrega de consentimientos informados y actualización de base.

Carrera 20 No 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	Se utilizan los insumos entregados por la sub red sur, de acuerdo a la planeación y Fines pertinentes. Y uso de vehículo acorde a tiempos establecidos en cronograma.	Se utilizan los insumos entregados por la sub red sur, de acuerdo a la planeación y Fines pertinentes.
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se anexa enlace a evidencia de los productos desarrollados y proyectados para el mes de junio, repartidos por entrega semanal según meta.	Enlace a evidencia adjunta. https://subredsur.govco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/saludmentalvsp_subredsur_gov_co/IgAF0BZT5lbbQYBnUl-4aCnQAV_66MQQ4oMsTw1iS4w11_c?e=qbdcDx

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 5260000	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89631119	-			
2026	MAYO	2026	06	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 2104000	\$ 336640	\$ 336700
Salud						COMPENSAR EPS		\$ 263000	\$ 263000
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 51253	\$ 51300
Caja de Compensación					SI	COMPENSAR	Total	\$ 610623	\$ 651000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488419175093

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA	2026-07-01 08:53:59
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2026-07-01 17:03:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-01 18:19:52

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CUCUAMIA	KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocucumia@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89631119	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,104,000	\$693.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	263.000	0		0		0	0	0	0	263.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	336.700	0	0	0	0	0	0		336.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.300				51.300	0	0	51.300			513	51.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	42.100	0	0	42.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	263.000	263.000
Pensión	1	336.700	336.700
Riesgos Laborales	1	51.300	51.300
CCF	1	42.100	42.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	693.100	693.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026303083	SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA		KR 5 ESTE 2A 09	3206388932	naranjocicuamia@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		896311119	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,104,000	\$693.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026303083	NARANJO CICUAMIA SHARON JULIETH	59	0			N									X						230201	2.104.000	30	336.700	0	0	0	0	EPS008	2.104.000	30	263.000	14-11	2.104.000	30	3	51.300	CCF24	2.104.000	30	42.100	0	0	0	0	0

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA identificado(a) con Cedula Ciudadania 1026303083, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200827	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 11 días del mes de Junio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:

A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
32629489

CER-AFI

Medellin, 16 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **SHARON JULIETH NARANJO CICUAMIA** con documento de identidad **C1026303083**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2020-12-03	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	GESTION DEL RIESGO EN SALUD	0000000005	3	2.436	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl

