

|                                                                                   |                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |

|                          |
|--------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORME</b> |
|--------------------------|

|                         |                                     |            |                                      |                 |        |
|-------------------------|-------------------------------------|------------|--------------------------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                              | 2026-06-01 | Hasta:                               | 2026-06-30      |        |
| Nombre del Contratista: | NATALIA GOMEZ CASTELLANOS           |            | Número de Documento:                 | 1070331546      |        |
| Correo Electrónico:     | natalia.gomez.castellanos@gmail.com |            | Número Telefónico:                   | 3219511069      |        |
| Nombre del Supervisor:  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código - Grado: | 242-25 |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> |
|---------------------------|

|                                      |                                          |                      |      |                              |      |
|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|------|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 6936-2025                                | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1675 |
| <b>Perfil:</b>                       | PROFESIONAL UNIVERSITARIO I-EBE          |                      |      |                              |      |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |                      |      |                              |      |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS SANTA MARTA                          |                      |      |                              |      |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|---------------------------------|

| Centro de Costos                    | Dirección                                | Unidad                                                                  | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| V07UI552                            | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA                                                         | 184          | 0                        | 26300      | \$4839200 | 100%                           |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 4839200</b>                        | <b>CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |
|--------------------------------------------|

|                                     |                     |                          |                    |                                                  |            |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------------------|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b> | 2025-10-01          |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-11-30 |
| <b>No. Prorroga</b>                 | <b>Fecha Inicio</b> | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1                                   | 2025-11-27          | 2026-01-09               | 1                  | \$ 6290960                                       | 1957       |
| 2                                   | 2026-01-02          | 2026-03-31               | 2                  | \$ 14517600                                      | 4          |
| 3                                   | 2026-03-02          | 2026-04-30               | 3                  | \$ 3387440                                       | 449        |
| 4                                   | 2026-04-15          | 2026-05-31               | 4                  | \$ 4839200                                       | 806        |
| 5                                   | 2026-05-15          | 2026-06-30               | 5                  | \$ 4839200                                       | 1046       |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                     | Mes Cuenta de Cobro                                                                                                                        | Valor a Pagar                                                                                              |                                                                                                     |
| 1                                                       | OCTUBRE                                                                                                                                    | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 2                                                       | NOVIEMBRE                                                                                                                                  | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 3                                                       | DICIEMBRE                                                                                                                                  | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 4                                                       | ENERO                                                                                                                                      | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 5                                                       | FEBRERO                                                                                                                                    | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 6                                                       | MARZO                                                                                                                                      | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 7                                                       | ABRIL                                                                                                                                      | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| 8                                                       | MAYO                                                                                                                                       | \$ 4839200                                                                                                 |                                                                                                     |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                   | PAGOS REALIZADOS                                                                                           | SALDO DEL CONTRATO                                                                                  |
| \$ 9678400                                              | \$ 43552800                                                                                                                                | \$ 38713600                                                                                                | \$ 4839200                                                                                          |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                            | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                 | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                |
| 1                                                       | 1. Implementar la estrategia "Ángeles Guardianes" y otras estrategias orientadas al abordaje de la población ge                            | -Desarrollar sesiones de socialización y ejecución de la estrategia con el equipo operativo y líderes.     | -Actas de socialización de lineamientos y criterios de priorización con equipo operativo y líderes. |
| 2                                                       | 2. Realizar la gestión, seguimiento y monitoreo de la cohorte materno perinatal.                                                           | -Consolidar y analizar el seguimiento mensual de casos activos y atenciones por cohorte.                   | -Seguimiento al plan de acción mensual por cohorte.-                                                |
| 3                                                       | 3. Proveer el acompañamiento oportuno, la articulación interinstitucional y el seguimiento integral de las gestantes y sus recién nacidos. | -Coordinar acciones con instituciones y actores del sector salud para el seguimiento de gestantes y RN.    | -Actas de reuniones de articulación con profesional de enlace y líderes operativos                  |
| 4                                                       | 4. Asegurar la trazabilidad de las intervenciones y la oportunidad en la atención de la cohorte materno perinatal.                         | -Verificar y registrar oportunamente las atenciones y seguimientos en los sistemas de información (GTAPS). | -Soportes de verificación de calidad y oportunidad de registros en GTAPS.                           |
| 5                                                       | 5. Realizar el proceso de inducción del talento humano operativo que ingresa a los Equipos Más Bienestar.                                  | -Planear y ejecutar la inducción al nuevo personal en estrategias y lineamientos técnicos.                 | -Actas o informes de registro de refuerzos técnicos realizados                                      |
| 6                                                       | 6. Asegurar la adecuada apropiación de los lineamientos técnicos y las estrategias de intervención por parte del nuevo personal.           | -Implementar espacios de fortalecimiento técnico y seguimiento posterior a la inducción.                   | -Material de fortalecimiento técnico (capacitaciones, talleres, presentaciones)                     |
| 7                                                       | 7. Articular con los responsables operativos el plan de trabajo mensual con seguimiento semanal para la cohorte materno perinatal.         | -Diseñar el cronograma de actividades y revisar semanalmente su cumplimiento.                              | -Cronograma de actividades con metas e indicadores.-                                                |
| 8                                                       | 8. Realizar seguimiento regular a la implementación de los planes de cuidado para la cohorte materno perinatal.                            | -Supervisar la ejecución semanal de los planes de cuidado establecidos por los equipos operativos.         | -Informe de seguimiento semanal a la implementación de los planes de bienestar.                     |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                            | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>            | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                             |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 9                                                              | 9. Articular con el profesional de enlace EPS para verificar el estado y respuesta de autorización de atenciones individuales para la cohorte materno perinatal.           | -Realizar reuniones y seguimiento periódico de autorizaciones con EPS.                       | -Actas de articulación con profesional de enlace EPS.                   |
| 10                                                             | 10. Presentar los resultados esperados y las metas para la cohorte materno perinatal en los comités de cuidado.                                                            | -Exponer avances, dificultades y metas alcanzadas en los comités de cuidado                  | -Actas de participación en espacios de análisis y mejora.               |
| 11                                                             | 11. Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precriticas y demás espacios por la SDS y la Subred. | -Participar activamente en reuniones y espacios institucionales de seguimiento y evaluación. | -Registro de participación en espacios de análisis y mejora.            |
| 12                                                             | 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                      | -Formular y presentar propuestas de optimización o mejora de procesos técnicos y operativos. | -Registro de propuestas de optimización elevadas al equipo coordinador. |

| 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 |                     | \$ 4839200     |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 1082722554                                                       | -                          |                                                  |                     |                |
| 2026                                                    | MAYO                  | 2026          | 06  | 11             |                                                                  |                            |                                                  |                     |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                     |                |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                          | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                     | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | PORVENIR                                                         | \$ 1935680                 | \$ 309709                                        | \$ 309800           |                |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | FAMISANAR                                                        |                            | \$ 241960                                        | \$ 242000           |                |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | COLMENA SEGURO S.A.                                              |                            | \$ 47153                                         | \$ 47200            |                |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                                  | Total                      | \$ 561773                                        | \$ 599000           |                |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                     |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                          | Número Cuenta              | de                                               | 0550488406194297    |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                                  |                            |                                                  |                     |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                          |                            |                                                  | FECHA               |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | NATALIA CASTELLANOS GOMEZ                                        |                            |                                                  | 2026-06-23 16:46:42 |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |     |                | NATALIA CASTELLANOS GOMEZ                                        |                            |                                                  | 2026-06-26 13:42:27 |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                               |                            |                                                  | 2026-06-26 13:59:18 |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                        |                            |                                                  | 2026-06-26 17:43:35 |                |

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.

*Yolanda Janneth Montilla*

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

PAGADO 11/06/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                           |                    |                                      |
|---------------------|---------------------------|--------------------|--------------------------------------|
| Razón Social        | NATALIA GOMEZ CASTELLANOS |                    |                                      |
| Documento           | CC1070331546              | Dirección          | CR 3 #30 - 130                       |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE             | Teléfono           | 3219511069                           |
| Tipo Persona        | NATURAL                   | Forma Presentación | ÚNICO                                |
| Ciudad              | SOACHA                    | Departamento       | CUNDINAMARCA                         |
| Representante Legal |                           | Identificación     |                                      |
| Total Afiliados     | 1                         | ARP                | COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                           |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |                | Cajas             |                |                | Parafiscales         |              |            |             | Total          |                |                      |             |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|---------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres       | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | LME | UMA | VAC       | VAP | VCT | IND   | Días ARP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión       | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud            | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 1070331546      | NATALIA GOMEZ CASTELLANOS | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.935.680   | \$ 309.800     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.935.680 | \$ 242.000 | 2.436       | \$ 1.935.680   | \$ 47.200      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 599.000 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.935.680 | \$ 1.935.680 | \$ 1.935.680 | \$ 0      | \$ 309.800      | \$ 242.000    | \$ 47.200       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 599.000                     | \$ 0                    | \$ 599.000  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



Información de la Planilla Pagada

|                                          |                           |
|------------------------------------------|---------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9               |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.               |
| Descripción                              | Pago de SuAporte          |
| Fecha                                    | 2026-06-11, 06:51:11 AM   |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | mayo de 2026              |
| Periodo de Cotización Para Salud         | mayo de 2026              |
| Empresa                                  | NATALIA GOMEZ CASTELLANOS |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 1070331546             |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )                       |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1082722554                |
| Tipo de Planilla                         | I                         |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 381439126                 |
| Banco                                    | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor                                    | \$ 599.000                |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                  |
| Dirección IP de Origen                   | 172.29.10.57              |

| Nit            | Código | Administradora                | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|-------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N800224808     | 230301 | PORVENIR                      | 1                | \$ 309.800     | \$ 0                 |
| N800251440     | EPS005 | SANITAS EPS                   | 1                | \$ 242.000     | \$ 0                 |
| N800226175     | 14-25  | COLMENA RIESGOS PROFESIONALES | 1                | \$ 47.200      | \$ 0                 |
| SubTotales:    |        |                               |                  | \$ 599.000     | \$ 0                 |
| Total a Pagar: |        |                               |                  |                | \$ 599.000           |



[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

## 1 Información general

Cancelar

 $\wedge$ 

## Evaluación de la Entidad Estatal

➤

## 2 Condiciones

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?

## 8 Modificaciones del Contrato

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

## 9 Incumplimientos

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                              | Nombre del archivo                       | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ARL COLMENA 1070331546 CTO 5449-2025.pdf | ARL COLMENA 1070331546 CTO 5449-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ABRIL 2025 CTO 5449-2025.pdf      | CUENTA ABRIL 2025 CTO 5449-2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MAYO 2025 CTO 5449-2025.pdf       | CUENTA MAYO 2025 CTO 5449-2025.pdf       | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JUNIO 2025 CTO 5449-2025.pdf      | CUENTA JUNIO 2025 CTO 5449-2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA JULIO 2025 CTO 5449-2025.pdf      | CUENTA JULIO 2025 CTO 5449-2025.pdf      | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA AGOSTO 2025 CTO 5449-2025.pdf     | CUENTA AGOSTO 2025 CTO 5449-2025.pdf     | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 CTO 5449-2025.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE 2025 CTO 5449-2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

 $\wedge$ 

Evaluación de la Entidad Estatal

>