

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		Número de Documento:	1032468926	
Correo Electrónico:	caroll17.cm@gmail.com		Número Telefónico:	3124466947	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7254-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22800	\$4195200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4195200	CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-02		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	\$ 4195200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 12585600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 2097600	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 5613101	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 4350499	1045

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1		OCTUBRE	\$ 4195200
2		NOVIEMBRE	\$ 4195200
3		DICIEMBRE	\$ 2097600
4		ENERO	\$ 4195200
5		FEBRERO	\$ 4195200
6		MARZO	\$ 5061600
7		ABRIL	\$ 4742400
8		MAYO	\$ 4354800
9		JUNIO	\$ 4195200
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 8390400		\$ 37232400	\$ 37232400
			\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar acercamiento y concertación con la institución educativa	se realizan EJECUCIÓN PRODUCTO FAMILIAS CON MAS BIENESTAR con 53 Sesiones en sesiones educativas ciudad bolívar	SESIONES COLECTIVAS, EJECUCIÓN PRODUCTO FAMILIAS CON MAS BIENESTAR con 53 Sesiones en sesiones educativas ciudad bolívar
2	Realizar acompañamiento a las auxiliares frente a la toma del Tamizaje Nutricional, visual y auditivo acorde a los cursos concertados.	No aplica para la vigencia	No aplica
3	Realizar canalización a casos que no pasan los tamizajes y seguimiento a los casos	No aplica para esta vigencia	No aplica para esta vigencia
4	Acompañar a la socialización de resultados a docentes, padres, madres y cuidadores y entrega de infografía a la institución o jardín con recomendaciones en salud con énfasis en los casos con alteración.	No aplica para esta vigencia	No aplica para esta vigencia
5	Realizar revisión de bases y fichas	Realizar la entrega oportuna según lo acordado con profesionales de apoyo	Realizar la entrega oportuna según lo acordado con profesionales de apoyo
6	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	Realizar acciones y actividades establecidas y demás asignadas por supervisor de contrato	Realizar acciones y actividades establecidas y demás asignadas por supervisor de contrato

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-Realizar acciones y actividades establecidas y demás asignadas por supervisor de contrato	Formato De Sesiones Colectiva Y Narrativas,, formato de sesiones individuales en salud mental Tablero De Control Reporte Semanal Cronograma Individual, Formato SIRC Acorde A Canalizaciones Realizadas

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91675401	-		\$ 4354800
2026	MAYO	2026	06	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281500
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 219900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 544300
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número Cuenta	de	0570004870409564
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		2026-06-18 09:24:54	
RECHAZADO SUPERVISOR					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-06-22 11:09:42	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		2026-06-23 06:37:00	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		2026-06-23 06:37:15	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2026-06-23 12:16:31	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-06-25 13:16:22	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-07-14 21:15:55	

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**

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTADECOBRO-OCTUBRE-CTO7254-2025.pdf	CUENTADECOBRO-OCTUBRE-CTO7254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-NOVIEMBRE-CTO7254-2025.pdf	CUENTADECOBRO-NOVIEMBRE-CTO7254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-DICIEMBRE-CTO7254-2025.pdf	CUENTADECOBRO-DICIEMBRE-CTO7254-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-ENERO-CTO7254-2026.pdf.pdf	CUENTADECOBRO-ENERO-CTO7254-2026.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-FEBRERO-CTO7254-2026.pdf	CUENTADECOBRO-FEBRERO-CTO7254-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA.zip	HOJA DE VIDA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-MARZO-CTO7254-2026.pdf	CUENTADECOBRO-MARZO-CTO7254-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7254 2025.pdf	AD 2 PS 7254 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-ABRIL-CTO7254-2026.pdf	CUENTADECOBRO-ABRIL-CTO7254-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 3 PS 7254 2025.pdf	AD 3 PS 7254 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTADECOBRO-MAYO-CTO7254-2026.pdf	CUENTADECOBRO-MAYO-CTO7254-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO ARL.pdf	CERTIFICADO ARL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032468926	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN	CRA 18 No 60 G -36- SUR	3124466947	caroll17.cm@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 (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91675401	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$555.000	

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	218.900	0		0		0	6	1.000	0	219.900	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	6	1.300	0	281.500	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	42.700				42.700	6	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	6	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	218.900	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	555.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032468926	JENNY CAROLINA MORENO VILLAIZAN		CRA 18 No 60 G -36-SUR	3124466947	carol17.cm@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
		91675401	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$555.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Económico	ING	RET	TDE	TAE	TAP	TAP	VSP	VST	SAJ	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE	SAE				
1	CC 1032468926	MORENO VILLAIZAN JENNY CAROLINA	59	0		N																																