Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-06-01	**Hasta:**	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	ANGIE GERALDINE RINCON PRIETO		**Número de Documento:**	1023033409	
Correo Electrónico:	angie_110299@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3228993834	
Nombre del Supervisor:	MARCELA FRANCO GUTIERREZ	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4639-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	996
Perfil:	TECNICO ADMINISTRATIVO II				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
U09SA	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	ADMINISTRATIVA	$2740827	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2740827**	**DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS VEINTISIETEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2026-05-04		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2026-06-09	2026-08-31	1	$ 5481666	1178
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MAYO		$ 2740833	
2		JUNIO		$ 2740827	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5481660	**$ 10963326**	**$ 5481660**	**$ 5481666**

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar seguimiento a cohortes de riesgo a competencia y asignación.	-BRINDAR RESPUESTA A LAS NECESIDADES IDENTIFICADAS EN ACTIVCION DE DIFERNTES CASOS	- BASES Y SEGUIMIENTO HACW214
2	2. Realizar revisión de historias clínicas y otros registros a los que haya lugar.	-Según la base de datos suministrada filtrar por necesidad o tiempo de vida	-Historia clínica HC214 dinámica gerencial
3	3. Mantener actualizadas las bases de datos asignadas.	-Verificación de las diferentes actividades.	-Verificar información de historias clínicas en dinámica gerencial.
4	4. Realizar las actividades de canalizaciones según sean asignadas	-BRINDAR RESPUETA EFECTIVA A CANALIZACINES ENVIADAS POR DIFERENTES MEDIOS	-CORREO ELECTRONICO
5	5. Gestionar las atenciones individuales colectivas a las que haya lugar.	-Trabajar de la mano del talento humano de los centros de salud.	-Historia clínica HC214 dinámica gerencial
6	6. Informar oportunamente las novedades en relación a atenciones del grupo a cargo.	-Registros suministrados por Historias Clínicas	-Base de datos
7	7. Presentar informes periódicos y de acuerdo a solicitud.	-Verificación de las diferentes actividades.	-Verificar información de historias clínicas en dinámica gerencial
8	8.mantener la confidencialidad de la información.	GARANTIZAR LA CUSTODIA Y PROTECCION DE BASE DE DATOS ENTREGADOS PARA LA EJECUCION DEL CONTRATO	-BASES Y REGISTROS HCW214
9	9. Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las funciones misionales de la Subred, sin que ello implique el desarrollo de funciones permanentes, subordinadas o propias de cargos de planta.	Asistir a reuniones y capacitaciones citadas por parte de los jefes	Actas y listados de asistencia

© Siasur - 2026

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	84502291	-		$ 2740833
2026	MAYO	2026	06	22				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRESPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1750905	$ 280145	**$ 284100**
Salud		SALUD TOTAL EPS S.A.		$ 218863	**$ 222000**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 43300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 549400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91216580872

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE GERALDINE RINCON PRIETO	2026-06-19 19:03:41
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARCELA FRANCO GUTIERREZ	2026-06-22 21:40:17
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-23 04:41:58
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE GERALDINE RINCON PRIETO	2026-06-23 14:11:36
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARCELA FRANCO GUTIERREZ	2026-06-23 23:10:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-26 16:36:55
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 19:43:29

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.

Marcela Franco G.

MARCELA FRANCO GUTIERREZ
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

© Siasur - 2026

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023033409	ANGIE GERALDINE RINCON PRIETO	cra 4a #100c 37 sur	8045303	angie_110299@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84502291	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$549.400	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	19	3.100	0	222.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	19	3.900	0	284.100	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	19	600	43.300			427	43.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	222.000
Pensión	1	280.200	284.100
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	549.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023033409	ANGIE GERALDINE RINCON PRIETO	cra 4a #100c 37 sur	8045303	angie_110299@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		84502291	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$0	$549.400	

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	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1023033409	RINCON PRIETO ANGIE GERALDINE	57	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Comprobante de pago

Pago realizado

Pago en
Compensar-oi

¿Cuánto?
$ 549.400,00

Fecha
19 de junio de 2026 a las 06:44 p. m.

Referencia
M20733532

VIGILADO Superintendencia Financiera de Colombia

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

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	
Pago 001	001	7 horas de tiempo transcurrido *(19/06/2026 10:57:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	2.740.833 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 4639-2026_CC1023033409.pdf	CTO 4639-2026_CC1023033409.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 4639-2026 CUENTA MAYO.pdf	CTO 4639-2026 CUENTA MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >