

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																										
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante						Sucursal Principal				Direccion				Ciudad-Departamento				Teléfono		Exonerado SENA e ICBF												
CC 52434984				CASTRO LANCHEROS ANGELA CONSUELO						INDEPENDIENTE						PRINCIPAL				CL 62C SUR No. 71 I 34				BOGOTA-BOGOTA D.E.				4683223		No												
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																										
Periodo			Clave						Tipo			Fecha						Pago																								
Pensión		Salud	Pago			Planilla			Planilla			Limite		Pago		Banco				Dias Mora		Valor																				
2026-05		2026-05	381686016			9505699588			I			2026/06/22		2026/06/11		BANCO DAVIVIENDA				0		\$541,800																				
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre		ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																										
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																										
1	CC	52434984	CASTRO ANGELA																			230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS017	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0		\$0	14-11	30	\$1,750,905	2.436%	\$42,700	0	\$0	No
Total Afiliados(1)																																										

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
TOTAL				1	\$541,800	\$0	\$0	\$541,800



DAVIVIENDA

Bienvenido(a), ANGELA CASTRO LANCHEROS

Jueves 11 de Junio de 2026, 09:02 AM

Código único CUS: 381686016

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9505699588

Número de Aprobación
00686016

Fecha
11/06/2026

Dirección IP
191.156.57.231

Valor transacción
\$541.800,00

Costo de la transacción
\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
191.156.63.7

Referencia 2
CC

Referencia 3
52434984

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA



Leads Manager

Sales Manager

Options

I Want To ...

Search...

Work Area → Configuration Manager → Sales Contract Management → View Contract

1 General Information

Cancel

Previous Step

Buyer Evaluation

Next Step

2 Conditions

VIEW CONTRACT

3 Catalogue Items

Contract Execution

4 Attestation Documents

☐ Percentage ☐ ItemReception

5 Contract Document

Contract Invoice

6 Budget Information

Registration authorization is needed? ☐ Yes ☒ No

7 Contract Execution

8 Contract Versions

9 Non-Compliances

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State	
Payment 001	001	21/02/2026 6:27:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	3.078.000 COP	SentToBuyer	Detail
Payment 002	002	24/03/2026 6:22:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.980.800 COP	PendingRegistration	Delete Register Send
Payment 003	003	20/04/2026 7:10:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.980.800 COP	PendingRegistration	Delete Register Send
Payment 004	004	20/05/2026 7:49:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.980.800 COP	PendingRegistration	Delete Register Send
Payment 005	005	4 minutes ago (22/06/2026 3:46:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	-	2.980.800 COP	SentToBuyer	Detail

Create

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	ANGELA CASTRO 7625 NOV 2025.pdf	ANGELA CASTRO 7625 NOV 2025.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CUENTA DE COBRO DIC 7625-2025.pdf	CUENTA DE COBRO DIC 7625-2025.pdf	Supplier	download	Detail
☐	ANGELA CASTRO ENE CONTRAT 7625-2026.pdf	ANGELA CASTRO ENE CONTRAT 7625-2026.pdf	Supplier	download	Detail
	informe 2026 a.c..pdf (Archived)	informe 2026 a.c..pdf	Supplier	download	Detail
☐	cuenta de cobro febrero cto7625-2026.pdf	cuenta de cobro febrero cto7625-2026.pdf	Supplier	download	Detail
☐	PS 7625 2025.pdf	PS 7625 2025.pdf	Buyer	download	Detail
☐	AD 2 PS 7625 2025.pdf	AD 2 PS 7625 2025.pdf	Buyer	download	Detail
☐	3. DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO2025.pdf	3. DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO2025.pdf	Supplier	download	Detail
☐	para cargar a secop angela CASTRO.pdf	para cargar a secop angela CASTRO.pdf	Supplier	download	Detail
	cuenta de cobro marzo CTO 7625 2026.pdf (Archived)	cuenta de cobro marzo CTO 7625 2026.pdf	Supplier	download	Detail

☐	cuenta cobro marzo cto 7625 -2026.pdf	cuenta cobro marzo cto 7625 -2026.pdf	Supplier	download	Detail
☐	AD 3 PS 7625 2025.pdf	AD 3 PS 7625 2025.pdf	Buyer	download	Detail
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 7625-2026 ANGELA CASTRO.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL CTO 7625-2026 ANGELA CASTRO.pdf	Supplier	download	Detail
☐	CONTRATO-7625-2025-MAYO-ANGELA CASTRO.pdf	CONTRATO-7625-2025-MAYO-ANGELA CASTRO.pdf	Supplier	download	Detail

Remove selected

Upload new

Cancel

Previous Step

Buyer Evaluation

Next Step

	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:	ANGELA CONSUELO CASTRO LANCHEROS		Número de Documento:	52434984	
Correo Electrónico:	aconsuelo15@yahoo.es		Número Telefónico:	3133940997	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
--------------------	--	--	--	--	--

No. Contrato:	7625-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1678
Perfil:	TECNICO 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	16200	\$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2980800	DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS 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	\$ 2980800	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 8942400	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 2980800	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 2980800	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 2980800	1045

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	OCTUBRE	\$ 2980800	
2	NOVIEMBRE	\$ 2980800	
3	DICIEMBRE	\$ 2883600	
4	ENERO	\$ 3078000	
5	FEBRERO	\$ 2980800	
6	MARZO	\$ 2980800	
7	ABRIL	\$ 2980800	
8	MAYO	\$ 2980800	
9	JUNIO	\$ 2980800	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5961600	\$ 26827200	\$ 26827200	\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad	Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.	Realizar proceso de verificación ,observación e indagación según curso de vida.
2	2. Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración.	--asistencia y participacion en cada una de las concentraciones proyectadas segun micro planeación	- acta de participacion y asistencia
3	3. Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	--entrega oportuna clara y veraz de cada formato implementando según lineamientos y protocolos	- entrega de formatos en tiempo real
4	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	- entrega de formatos en tiempo real	-se genera canalizar con solicitud especifica
5	Revisar y consoliDar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.	-dar a conocer el portafolio de servios que aplica segun grupo de edad para lograr disminuir los riesgo de morbi- mortalidad	- formato de canalizaciones completamente diligenciado con la activacion de ruta segun la necesidad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	diligenciamiento adecuado y con calidad de formatos sis 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados) previa verificación de antecedente vacunal (físico ,digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas extramurales	formato sis 150
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	-diligenciamiento adecuado táctica casa a casa censo viviendas consolidado casa a casa mapa de identificación de manzanas intervenidas y semaforización de coberturas	-formato diligenciado con calidad y veracidad
8	Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.	-asistencia y participación a la diferentes convocatorias intra y extra para fortalecimiento físico y mental	-acta de asistencia y participación
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	-- registro con información clara y veraz en el registro de cada vacuna en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico	- registro con información clara y veraz en el registro de cada vacuna en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico
10	Consolidar y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.	- actualización y registro con calidad de los usuarios vacunados en el seguimiento telefónico realizado por cohortes según la asignación de la profesional extramural	-- drive con menos agendados a diario y aplicativo 2.0 y retroalimentación de los seguimientos efectivos y reprogramados
11	Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	-ntal según indicaciones del proceso - realizar con calidad y veracidad el proceso de gestión documental de archivo en cada una de las actividades realizadas	- carpetas con formatos debidamente organizadas y foliadas según protocolo de gestión documental
12	Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.	-dar cumplimiento a las actividades asignadas por parte de cada líder según lo indicado en la micro planeación diaria	- asistencia y participación en las actividades diarias
13	Realizar el 100% de arquezos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arquezos reportados por el profesional intramural.	--dar a conocer el portafolio de servicios que aplica según grupo de edad para lograr disminuir los riesgos de morbi- mortalidad	- formato de canalizaciones completamente diligenciado con la activación de ruta según la necesidad
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-- registro con información clara y veraz en el registro de cada vacuna en cada formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico	formato o consentimiento para los padres o cuidadores de la población objeto para cada biológico

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		\$ 2980800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9505699588	-			
2026	MAYO	2026	06	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 508148	\$ 541800

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870281146

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELA CONSUELO ANGELA CONSUELO	2026-06-22 15:56:19
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-06-22 16:19:14
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-25 13:17:41
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 15:46:14

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