

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53152627	VIVIANA WILCHES CLAVIJO		CLL40b sur N. 12 C - 69	0000000	viviana2913vwc@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
		85182732	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$523.600	

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	12	2.000	0	220.900	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	12	2.500	0	282.700	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	9.200				9.200	12	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja					860066942-7	10.600	12	100

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	12	0	0	0
ICBF				
0	12	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	220.900
PenSIón	1	280.200	282.700
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	518.900	523.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53152627	VIVIANA WILCHES CLAVIJO		CLL40b sur N. 12 C - 69	0000000	viviana2913vwc@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
		85182732	17/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$523.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	ING	RET	TDE	TAF	TAP	VST	VST	SLN	RCE	LVA	ANO	ANO	RET	CORRECCION	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 53152627	WILCHES CLAVIJO VIVIANA	57	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	1	9.200	CCF24	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

El Laboratorio de Gobierno entrega este certificado a:

Viviana Wilches Clavijo

En reconocimiento por su participación en el curso

Agentes de cambio para la innovación pública

el que contempló una duración de 5 horas cronológicas



Orlando Rojas Romero
Director Ejecutivo
Laboratorio de Gobierno

Emitido: 2026-06-18



**Laboratorio
de Gobierno**



Certificate ID: [waxrn2d52](#)

[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

 $\wedge$

Evaluación del comprador

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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		
	CTO 1417-2026 FEBRERO 2026.pdf (Archivado)	CTO 1417-2026 FEBRERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1417-2026 ENERO 2026.pdf	CTO 1417-2026 ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1417-2026 FEBRERO 2026.pdf ..pdf	CTO 1417-2026 FEBRERO 2026.pdf ..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1417 2026.pdf	PS 1417 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO 1417-2026 Marzo 2026..pdf	CTO 1417-2026 Marzo 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1417-2026 Abriil 2026..pdf.pdf	CTO 1417-2026 Abriil 2026..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CertificadoAfiliadoARL_20260527164514.pdf	CertificadoAfiliadoARL_20260527164514.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1417-2026 Mayo 2026.pdf..pdf	CTO 1417-2026 Mayo 2026.pdf..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Eliminar seleccionados

Cargar nuevo

 $\wedge$

Evaluación del comprador

>

	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:	VIVIANA WILCHES CLAVIJO		Número de Documento:	53152627	
Correo Electrónico:	viviana2913vwc@gmail.com		Número Telefónico:	3208805927	
Nombre del Supervisor:	MARIO GARZON JARA	JAIR	Cargo:	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Código Grado: - 230

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1417-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	110
Perfil:	TECNICO ADMINISTRATIVO I				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
T12SA	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	ADMINISTRATIVA	\$2658651	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2658651	DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UNPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-01-14		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	\$ 5317302	1102
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 1506569	
2		FEBRERO		\$ 2658651	
3		MARZO		\$ 2658651	
4		ABRIL		\$ 2658651	
5		MAYO		\$ 2658651	

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
6	JUNIO	\$ 2658651	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14799824	\$ 20117126	\$ 14799824	\$ 5317302
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"1.Recepcionar, clasificar y gestionar los Derechos de Petición en la unidades designadas y dar trámite de acuerdo con el procedimiento establecido	-Se realiza recepción, clasificación y direccionamiento de peticiones que ingresan por buzón, AGILSALUD y Bogotá te escucha	-Se realiza el cargue de 236 peticiones a la plataforma AGILSALUD y Bogotá te escucha
2	2.Realizar el registro oportuno y completo en los Sistemas Ágilsalud, SDGPC y Matriz de autocontrol de PQRS-D de acuerdo a lo direccionado en el procedimiento.	-Registros óptimos y completos en los sistemas AGILSALUD, Bogotá te escucha y Matriz de autocontrol	-Registro oportuno de 236 peticiones a las plataformas de AGILSALUD, Bogotá te escucha y Matriz de autocontrol
3	3.Gestionar las respuestas con el responsable de emitir la misma, realizar seguimiento a tiempos de respuesta y reiterar solicitudes de respuesta a través del envío de correos preventivos y demás acciones para obtener la misma de manera oportuna	-Se realiza gestión de peticiones a las áreas pertinentes y proyección de respuestas con criterios de calidad.	Cierre de 236 peticiones en la plataforma de Bogotá te escucha
4	4.Recibir respuestas de las áreas involucradas, verificar criterios, proyectar y enviar a la Central de PQRS-D para aprobación y firma. Realizar reportes de PQRS-D de la unidad designada según lo requerido.	- Verificación de respuestas para enviar una firma en la central	-Se enviaron 236 respuestas revisadas para consideración y firma.
5	5.Hacer entrega oportuna de los soportes físicos al área de correspondencia, en lo referente a respuestas emitidas a temas de Salud Pública de acuerdo a Procedimiento.	-Envío de respuestas con el personal de correspondencia para su debida gestión en tiempos establecidos	-Entrega de 1 respuestas al funcionario de correspondencia
6	6.Atender informar y orientar a los usuarios y sus familias según necesidad de los mismos, orientar a los usuarios en el uso de mecanismos de escucha	- Llamada a los usuarios para la verificación de datos de las solicitudes registradas.	- Se realizan llamadas a 9 usuarios para la verificación de datos de las solicitudes registradas
7	7.Asistir a reuniones, capacitaciones y asistencias técnicas propuestas por la oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano.	-Asistencia técnica y reuniones.	- 1 Acta de reunión
8	8.Realizar Teleauditoria, para validación de información PQRS-D, Información y seguimiento de respuestas."	-Realización de respuestas con calidad y seguimiento.	-- Realización de 236 respuestas con calidad y 9 llamadas a usuarios para la verificación de datos de las solicitudes registradas.

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	85182732	-		\$ 2658651
2026	MAYO	2026	06	17				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UNPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 282700
Salud					SALUD TOTAL EPS S.A.		\$ 218863	\$ 220900
ARL				1	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 9140	\$ 9300
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 512900
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número Cuenta	de	0570462770001792
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					VIVIANA WILCHES CLAVIJO		2026-06-22 15:30:52	
RECHAZADO SUPERVISOR					MARIO JAIR GARZON JARA		2026-06-24 07:16:14	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					VIVIANA WILCHES CLAVIJO		2026-06-24 09:10:13	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					VIVIANA WILCHES CLAVIJO		2026-06-24 09:11:41	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIO JAIR GARZON JARA		2026-06-24 15:25:13	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-06-27 14:02:03	
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 16:28:19	

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.



MARIO JAIR GARZON JARA
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y
SERVICIO AL CIUDADANO