

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031175173	YESICA JULIETH PINZON CORTES		TV 13 I 48 37 Sur	6013078740	julietha.2800@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94079722	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$541.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	0	0		280.200	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	0	0	42.700			427	42.700	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94079722	11/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$541.800	

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																			
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Contraste	Saludo	Estrategia	Cóten cenerio	Incoronado	HAB	IDE	TAE	TOP	TAP	VSP	SAN	ISE	LMA	VAC	AVP	VAT	VCV	IRL	CORRECCION	Cód. APP	IBC APP	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	Claus de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1031175173	PINZON CORTES YESICA JULIETH	59	0	N			IE	IE	IE													230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-07-01	Hasta:	2026-07-31	
Nombre del Contratista:	YESICA JULIETH PINZON CORTES		Número de Documento:	1031175173	
Correo Electrónico:	julietha.2800@gmail.com		Número Telefónico:	3212853501	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7532-2025	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
K32PI	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	\$ 3888000	1889
2	2025-12-11		2	\$ 324000	1889
3	2025-12-11		3	\$ 324000	1889
4	2026-01-02	2026-03-31	4	\$ 8942400	3
5	2026-03-02	2026-04-30	5	\$ 2980800	448
6	2026-04-15	2026-05-31	6	\$ 3612600	803

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2026-05-15	2026-06-30	7	\$ 3240000	1045
8	2026-07-01	2026-07-31	8	\$ 3321000	1358
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		OCTUBRE		\$ 2980800	
2		NOVIEMBRE		\$ 3888000	
3		DICIEMBRE		\$ 3207600	
4		ENERO		\$ 3078000	
5		FEBRERO		\$ 2980800	
6		MARZO		\$ 3402000	
7		ABRIL		\$ 3191400	
8		MAYO		\$ 3240000	
9		JUNIO		\$ 3321000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5961600		\$ 32594400		\$ 29289600	\$ 3304800

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública	-SE REALIZA INMUNIZACION A LA POBLACION ENCONTRADA DURANTE LA BAC SEGUN ESQUEMA INCOMPLETO A LA EDAD	-ENTREGA Y REGISTRO DE SOPORTES https://drive.google.com/drive/folders/14FEYhk5OcjOYZlqqxWFTK9pP56tbbOm?usp=sharing
2	Registrar la información de la búsqueda activa comunitaria en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad	-SE REALIZAN INFORMES DE BAC DE ACUERDO A LO NOTIFICADO EN EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA A DEMANDA	-ENTREGA DE SOPORTES INFORMES DE BAC https://drive.google.com/drive/folders/14FEYhk5OcjOYZlqqxWFTK9pP56tbbOm?usp=sharing

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	Realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-SE REALIZA CANALIZACIÓN A DIFERENTES RUTAS, A POBLACIÓN IDENTIFICADA CON NECESIDADES DE ATENCIÓN DURANTE LA BAC (1)	-ENVÍO DE SOPORTES https://drive.google.com/drive/folders/1Vk3JJKuV_ehT0D2TnJJaVoGmIPl4y-H?usp=sharing
4	Consolidar informes de bloqueos y búsquedas activas comunitarias por localidad.	-REGISTRO DE FORMATOS DE ENTREGA DE BAC REALIZADOS CON DATOS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA	-ENTREGA DE APOYO https://drive.google.com/drive/folders/14FEYhk5OcJOYZlqqxWFTK9pP56tbbOm-?usp=sharing
5	Asistir a comité programa ampliado de inmunizaciones local.	-SE APROXIMA REUNIÓN DE EQUIPO, COMITÉ PAI (1) PARA LO QUE RESTA DE MES	-LISTA DE ASISTENCIA https://drive.google.com/drive/folders/1dtNLytmjyD4IK1N5Thxvv8kL4o-Fregv?usp=sharing
6	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO.	-NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO.
7	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	-SE ASISTE A REUNIÓN DE EQUIPO, MENSUAL DE TRANSMISIBLES (1) 22/07/2026	-LISTA DE ASISTENCIA https://drive.google.com/drive/folders/1wM9bKGfO2IWfS-ZGX2fJxzbe6WvOO9dH?usp=sharing

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la Secretaría Distrital De Salud y a La Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E	-SE APROXIMA REUNION DE LA ULC MENSUAL DE VSP (1) 24/07/2026	-LISTA DE ASISTENCIA https://drive.google.com/drive/folders/1dK_j7PRB41U-Q7mpfKxoAy6644A1t961?usp=sharing
9	Mantener un proceso de autoaprendizaje continuo y actualizado sobre las técnicas de vacunación, los principios de bioseguridad y los signos de alarma relacionados con las alertas epidemiológicas vigentes. Deberá aplicar este conocimiento para garantizar la seguridad y el bienestar de los usuarios.	-SE PROYECTA PARTICIPACION EN CAPACITACIONES PARA LA IDENTIFICACION DE LOS EPV, SIGNOS Y SINTOMAS PARA LA BAC	-LISTA DE ASISTENCIA BLOQUEO https://drive.google.com/drive/folders/1dZ_ObIX1XJl8vEXg-4IxOEMUJ3wtvZ2l?usp=sharing
10	Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MANEJO DE COMPUTO	-LISTA DE ENTREGA https://drive.google.com/drive/folders/1Gir0aRlxMmSdC41-Sl-tylUZbgEEePOB?usp=sharing
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE ANEXA ENLACE EVIDENCIAS DE LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS Y PROYECTADOS PARA EL MES DE MAYO 2026 APOYANDO CON LAS HORAS ADICIONALES PENDIENTES	-ENLACE UN ADJUNTO DE EVIDENCIAS https://drive.google.com/drive/folders/12k8uYSCdZF_d1hUSq7QZPL1HZRQxKg5u?usp=sharing

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		\$ 3321000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	93210987	-			
2026	JUNIO	2026	07	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTIUN MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 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 Cuenta	de 0550488414192374

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YESICA JULIETH PINZON CORTES	2026-07-23 21:52:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2026-07-24 14:21:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-27 11:39:02

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO

ENFERMERO