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:**	2026-09-01	**Hasta:**	2026-09-30	
Nombre del Contratista:	CAROLINA MOYA SANDOVAL		**Número de Documento:**	52809160	
Correo Electrónico:	CMOYA6644@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3218019146	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6464-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	1701
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	23518	$4327312	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4327312**	**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS DOCEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-09-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-10-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8654624	**$ 8654624**	**$ 0**	**$ 8654624**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2026

1	Realizar sesiones de concertación con instituciones educativas	--Realizar sesión de concertación por establecimiento educativo, en la cual se brindará la información general del proceso y se definirán fechas y espacios.	-- Acta de concertación y/o listado de asistencia.
2	Realizar acompañamiento y seguimiento telefónico a padres, madres y cuidadores	-Se realizaron 3 sesiones de seguimientos individuales en la localidad de CIUDAD BOLIVAR.	--Diligenciamiento de drive educativo y activaciones de ruta.
3	Realizar activación de RIAS en salud y seguimiento a las canalizaciones	--Realizar activaciones de ruta de acuerdo a las necesidades de la población identificada.	--Activaciones de Ruta.
4	Ejecutar sesiones educativas colectivas con escolares de identificación, sensibilización y evaluacion de apropiación de la técnica del cepillado.	-50 Sesiones individuales en las Localidad de CIUDAD BOLIVAR Y USME.Las cuales tienen como objetivo brindar información y educación a los niños y niñas para la adquisición de hábitos saludables en salud bucal a menores.	--Diligenciamiento de unidad educativa, actas y Formato de Higiene Bucal
5	Asistir a mesas operativas y de equipo funcional de Salud Oral	--Asistencia a reuniones programadas de manera virtual o presencial.	--Listado de Asistencia a reuniones.
6	Asistir a unidades de análisis convocadas por VSP-SISVESO	-Asistencia a reuniones programadas de manera virtual o presencial, si existe convocatoria. a reuniones programadas de manera virtual o presencial, si existe convocatoria	--Acta de la Reunión.
7	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas	--Registrar la información recolectada en los respectivos formatos con calidad, entregar de manera oportuna el soporte de las acciones realizadas.	--Diligenciamiento de unidad educativa, actas y Formato de Higiene Bucal
8	Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	--Entregar de manera oportuna informes de las actividades realizadas según indicaciones técnicas.	--Informe trimestral y de la vigencia
9	Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa.	--Asistencia a reuniones programadas de manera virtual o presencial.	--Listado de Asistencia a reuniones.

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	$ 5130000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9510996815	-		
2026	AGOSTO	2026	09	11				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CINCO MILLONES CIENTOTREINTA MIL PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 2052000	$ 328320	**$ 328800**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 256500	**$ 256900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 49987	**$ 50100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 595531**	**$ 635800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	6970454317

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROLINA MOYA SANDOVAL	2026-09-26 07:57:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	2026-09-29 22:40:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-09-30 16:09:43

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.



HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52809160		MOYA SANDOVAL CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 55 160-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5331322	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	644261827	9510996815	I	2026/09/14	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$671,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000		$49,700		$0	$0		$671,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000		$49,700		$0	$0		$671,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000		$49,700		$0	$0		$671,900
1	CC	52809160 MOYA CAROLINA									X									23100 1	30	$2,040,000	$326,400	EPS008	30	$2,040,000	$255,000	CCF24	30	$2,040,000	$40,800	14-11	30	$2,040,000	2.436%	$49,700	30	$0	$0	No	$671,900
Total	**Afiliados(1)**																					$2,040,000	$326,400			$2,040,000	$255,000			$2,040,000	$40,800			$2,040,000		$49,700		$0	$0		$671,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$326,400	$0	$0	$326,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$326,400	$0	$0	$326,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$49,700	$0	$0	$49,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$49,700	$0	$0	$49,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,800	$0	$0	$40,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$40,800	$0	$0	$40,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,000	$0	$0	$255,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$255,000	$0	$0	$255,000
TOTAL				**1**	**$671,900**	**$0**	**$0**	**$671,900**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52809160		MOYA SANDOVAL CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 55 160-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5331322	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-08	645263012	9511030436	N	2026/09/14	2026/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$15,000	$2,400			$15,000	$1,900			$15,000	$300			$15,000		$400		$0	$0		$5,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$15,000	$2,400			$15,000	$1,900			$15,000	$300			$15,000		$400		$0	$0		$5,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$15,000	$2,400			$15,000	$1,900			$15,000	$300			$15,000		$400		$0	$0		$5,000
1	CC	52809160	MOYA CAROLINA								A	X		▫	▫					23100 1	30	($2,040,000)	($326,400)	EPS008	30	($2,040,000)	($255,000)	CCF24	30	($2,040,000)	($40,800)	14-11	30	($2,040,000)	2.436%	($49,700)	30	$0	$0	No	($671,900)
2	CC	52809160	MOYA CAROLINA								C	X								23100 1	30	$2,055,000	$328,800	EPS008	30	$2,055,000	$256,900	CCF24	30	$2,055,000	$41,100	14-11	30	$2,055,000	2.436%	$50,100	30	$0	$0	No	$676,900
Total Afiliados(1)																					$15,000	$2,400			$15,000	$1,900			$15,000	$300			$15,000		$400		$0	$0		$5,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$0	$0	$2,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$2,400	$0	$0	$2,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$400	$0	$0	$400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$400	$0	$0	$400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,900	$0	$0	$1,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$1,900	$0	$0	$1,900
TOTAL				**1**	**$5,000**	**$0**	**$0**	**$5,000**

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 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		
DOC-CTO-7222-2025.zip	DOC-CTO-7222-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
AD 2 PS 7222 2025.pdf	AD 2 PS 7222 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO ABRIL-CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL- CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO MAYO - CTO 7222-2025..pdf	CUENTA DE COBRO MAYO - CTO 7222-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf	ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO JUNIO - CTO 7222-2025..pdf.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO - CTO 7222-2025..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf	CertificadoAfiliadoARL_20260712221607.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO JULIO - CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO - CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf (2).pdf (Archivado)	ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf33.pdf	ARL SURA - 52809160 - CTO7222.pdf33.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE-CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE-CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO 7222-2025.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO 7222-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE-CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO ENERO - CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO - CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CUENTA DE COBRO FEBRERO- CTO 7222-2025.pdf.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO- CTO 7222-2025.pdf.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
HOJA DE VIDA.rar	HOJA DE VIDA.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CUENTA DE COBRO MARZO- CTO 7222-2025.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO- CTO 7222-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO - CTO 7222-2025..pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO - CTO 7222-2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Eliminar seleccionados | Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

Datos guardados

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Dando cumplimiento a la Ley 769 de 2002, la Ley 1503 de

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Se registró la información con éxito

Aceptar

en la presente encuesta son veraces (de acuerdo con el C. S. T., Art. 62, Núm. 1), así mismo autoriza la verificación en los sistemas de información pertinentes.

Nombres

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2

Se registró la información con éxito

Aceptar

https://www.subredsur.gov.co/wp-content/uploads/2023/09/Politica-de-Tratamiento-deDatos_0.pdf

- ○ Acepto
- ○ No acepto

Pregunta requerida

Siguiente

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Dando cumplimiento a la Ley 769 de 2002, la Ley 1503 de

ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL

Se registró la información con éxito

Aceptar

en la presente encuesta son veraces (de acuerdo con el C. S. T., Art. 62, Núm. 1), así mismo autoriza la verificación en los sistemas de información pertinentes.

Nombres

H4shUoOFDO

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

CAROLINA MOYA SANDOVAL

52809160

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SISTEMA DE ADMINISTRACION SARLAFT

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

septiembre 26, 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMART SUR

BOGOTÁ

pRDRuB8vBQ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

CAROLINA MOYA SANDOVAL

52809160

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad horaria de 40 horas.

Para constancia se expide:

9 de septiembre de 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMARTSUR

BOGOTÁ

ARL

Medellin, 18 de septiembre de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **CAROLINA MOYA SANDOVAL** con documento de identidad **C52809160**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2023-01-04	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA