

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31	
Nombre del Contratista:	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE		Número de Documento:	1013681679	
Correo Electrónico:	PAWCALINA98@GMAIL.COM		Número Telefónico:	3222388299	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado:	- 243-20

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1788-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenecer:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	92	22430	\$6190680	154.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6190680	SEIS MILLONES CIENTO NOVENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-04-21		1	\$ 2505182	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	\$ 5091610	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	\$ 6190724	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 3998136	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2		FEBRERO	\$ 3998136
3		MARZO	\$ 6018933
4		ABRIL	\$ 4127120
5		MAYO	\$ 4127120
6		JUNIO	\$ 4127120
7		JULIO	\$ 4127120
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 27054013		\$ 40841529	\$ 30523685
			\$ 10317844
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar investigaciones epidemiológicas de campo (iec) de eventos de interés en salud pública.	Se realizan 37 caracterizaciones de gestantes entre las localidades de ciudad bolívar, usme y tunjelito hasta la fecha	Ficha de caracterización en formato epiinfo 7, listados de firmas, anexo de familiogramas y recomendaciones nutricionales en carpeta de one drive
2	2. registrar la información de la intervención epidemiológica de campo (iec) en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	Se realiza diligenciamiento de la ficha de caracterización de gestantes	Ficha de caracterización / project en aplicativo epiinfo 7
3	3. identificar problemáticas de riesgos individuales y colectivos que afecten la salud y calidad de vida del individuo y comunidad.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
4	4. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.	Se realizan 13 canalizaciones según necesidades en salud identificadas, se realiza diligenciamiento del anexo de migrantes y del link de barreras de acceso según requerimiento. Todo sujeto de canalización se realizará hasta fin del mes	Diligenciamiento del formato y envío de canalizaciones al correo designado, diligenciamiento del anexo de migrantes y link de barreras de acceso
5	5. participar en acciones de socialización, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato y productos a la sds.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
6	6. realizar cruces de información para la verificación de los eventos abordados en la iec de cada variable.	Se realiza depuración del 100% de las variables del formulario de seguimientos telefónicos realizados a los casos de 113 y riesgo de desnutrición aguda, así como a las variables de las caracterizaciones epidemiológicas a gestantes	Actas y listados de asistencia de depuración y de revisión en preauditoría
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	Se asiste a la reunión de equipo SISVAN y a la ULC.	Actas y listados de asistencia
8	8. realizar Realizar acompañamiento técnico de acuerdo a los documentos operativos a unidades informadoras ui y upgds.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. realizar búsqueda activa institucional de los eventos de interés en salud pública de la upgds públicas y privadas de las localidades de influencia de la subred sur.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
10	10. realizar entrega de los productos referenciados en los documentos operativos, lineamientos, fichas técnicas y cajas de herramientas del componente.	Seguimiento telefónico al 100% de los casos del evento 113 y a 31 casos de Riesgo de desnutrición aguda a la fecha	Formulario de seguimientos telefónicos del evento 113 y de riesgo de desnutrición aguda enviados al correo designado.
11	11. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la secretaria distrital de salud y a la subred integrada de servicios de salud sur e.s.e	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado
12	12. participar de las actividades asignadas por la coordinación pic. 12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	No se desarrolla esta actividad en el período certificado	No se desarrolla esta actividad en el período certificado

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		\$ 4127120
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88361488	-			
2025	JULIO	2025	08	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1650848	\$ 264136	\$ 264200	
Salud					COMPENSAR		\$ 206356	\$ 206400	
ARL				3	SURA		\$ 40215	\$ 40300	
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	Total	\$ 479109	\$ 510900	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488440410733

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE	2025-08-31 15:44:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-08-31 19:01:19
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-01 09:19:49

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

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013681679	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE		CARRERA 19 B 53 95 SUR	9078335	pccm2024@outlook.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88361488	\$544.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	206.400	0		0		0	0	0	0	206.400	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	264.200	0	0	0	0	0	0		264.200	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	40.300				40.300	0	0	40.300			403	40.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.100	0	0	33.100	1

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	206.400	206.400
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	1	33.100	33.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	544.000	544.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013681679	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE		CARRERA 19 B 53 95 SUR	9078335	pccm2024@outlook.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88361488	TOTAL A PAGAR
					\$544.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013681679	CASTRO MANRIQUE PAULA CATALINA	59	0		N																			230301	1.650.900	264.200	0	0	0	0	EPS008	1.650.900	206.400	14-11	1.650.900	3	40.300	CCF24	1.650.900	33.100	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

4 [Documentos del Proveedor](#)

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 [Documentos del contrato](#)

Plan de Pagos

6 [Información presupuestal](#)

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 [Modificaciones del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 [Incumplimientos](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA_DICIEMBRE_CTO_1788-2025.pdf (Archivado)	CUENTA_DICIEMBRE_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_ENERO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_ENERO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_FEBRERO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_FEBRERO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_MARZO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_MARZO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_ABRIL_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_ABRIL_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_MAYO_CTO_1788.pdf	CUENTA_MAYO_CTO_1788.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_JUNIO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_JUNIO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA_JULIO_CTO_1788-2025.pdf	CUENTA_JULIO_CTO_1788-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.
certifica que:

PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE

1013681679

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

14 de agosto de 2025