

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30	
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 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	Procentaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	22430	\$4127120	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4127120	CUATRO MILLONES CIENTOVEINTISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS					

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
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 3998136	
2		FEBRERO		\$ 3998136	
3		MARZO		\$ 6018933	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 4127120	
5	MAYO	\$ 4127120	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 27054013		\$ 29559195	\$ 22269445
			\$ 7289750
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 30 caracterizaciones de gestantes entre las localidades de ciudad bolívar, usme y tunjuelito	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 14 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.	Se asiste al Fortalecimiento de capacidades y co-construcción manejo integrado del exceso de peso	Actas y listados de asistencia
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 técnica 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
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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 25 casos de Riesgo de desnutrición aguda	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	87316928	-			
2025	MAYO	2025	06	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	2025-06-20 17:16:58
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAULA CATALINA CASTRO MANRIQUE	2025-06-21 13:11:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-06-21 20:24:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-25 13:58:46

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

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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87316928	TOTAL A PAGAR \$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
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	33.100	0
						0	
						33.100	

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
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
					TOTAL A PAGAR
2025-05	2025-05	I	12/06/2025	87316928	\$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	Excedente	Columna excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 17:10:53
Paula Catalina Ca...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ 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		
	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
				<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>