

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-03-01	Hasta:	2025-03-31	
Nombre del Contratista:	SINDY TATIANA REYES GOMEZ		Número de Documento:	1010236099	
Correo Electrónico:	gtatiana.2705@gmail.com		Número Telefónico:	3215440203	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1564-2025	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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	18	27161	\$5486522	109.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5486522	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTIDOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-02	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 4997624	
2	FEBRERO	\$ 4997624	
3	MARZO	\$ 5486522	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 33817161		\$ 33817161	\$ 15481770	\$ 18335391
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Realizar planeación y concertación del plan de acción en los entornos cuidador educativo, institucional y comunitario	El contratista garantizará por sus propios medios que la ejecución de las actividades contratadas se realicen por medio de reuniones en donde se generan acciones de planeación, para los entornos educativo, comunitario e institucional.	Actas de planeación, formatos de diarios de campo y fichas metodológicas.	
2	2. Ejecutar la Implementación de acciones en la ruralidad para los entornos	Desarrollar procesos de planeación, Ejecución y Evaluación de las acciones asignadas y concertadas en los entornos, educativo, comunitario e institucional, dando el cumplimiento de los lineamientos y fichas técnicas; realizando las respectivas acciones que se requiera para cada uno de los entornos abordar	Actividades lúdico pedagógicas con los nodos en el entorno comunitario e institucional, creación de material para abordar entre los entornos, generación de estrategias que puedan ser abordadas de manera diaria.	
3	3. Generar y articular Sesiones con escolares de evaluación del plan de cuidado escolar	Implementar los procesos asignados como PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 con criterios de calidad a fin dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el Plan de Intervenciones con el entorno educativo, generando acercamiento con las instituciones académicas, estableciendo una resolución de necesidades con los docentes y estudiantes de la comunidad educativa.	Actas de concertación, planes de acción del entorno educativo y ficha de sesiones colectivas.	
4	4. Realizar la Implementación de sesiones grupales SSR	Concertar acciones de manera puntual con los entorno educativo, comunitario e institucional, para poder establecer cronogramas que garanticen la ejecución de las acciones planteadas	Material pedagógico, fichas, actas, material fotográfico	
5	5. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misional	Talleres de prevención y promoción en el cuidado de la salud mental, generada para cada uno de los ciclos de vida que requieran un seguimiento, generan do estrategias de resolución en la vida diaria	Actas de planeación, material pedagógico, revisión bibliografía de las acciones que se esperan psicoeducar con los usuarios abordar, con la finalidad de brindarle veracidad y validez científica a los temas abordar, que generan aprendizaje en los otros.	

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		\$ 5486522
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	84896934	-			
2025	MARZO	2025	03	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTIDOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2194609	\$ 351137	\$ 351200	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 274326	\$ 274400	
ARL				3	POSITIVA		\$ 53461	\$ 53500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 636919	\$ 679100	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488441258396		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SINDY TATIANA REYES GOMEZ			2025-03-27 20:05:12	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2025-03-28 11:30:50	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-03-29 13:11:10	
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			2025-04-14 16:20:28	

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.

Yolanda Janneth Montilla

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010236099	SINDY TATIANA REYES GOMEZ		Avenida Calle 61 sur # 20 D 60 Torre 6	9082690	gtatiana.2705@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-03	2025-03	I	10/03/2025	84896934	\$658.500

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	249.900	0		0		0	0	0	0	249.900	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	319.900	0	0	0	0	0	0		319.900	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	48.700				48.700	0	0	48.700			487	48.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.000	0	0	40.000	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	249.900	249.900
Pensión	1	319.900	319.900
Riesgos Laborales	1	48.700	48.700
CCF	1	40.000	40.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	658.500	658.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010236099	SINDY TATIANA REYES GOMEZ		Avenida Calle 61 sur # 20 D 60 Torre 6	9082690	gtatiana.2705@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-03	2025-03	I	10/03/2025	84896934	10
					TOTAL A PAGAR
					\$658.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	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	1010236099	REYES GOMEZ SINDY TATIANA	57	0	N																			230301	1.999.049	319.900	0	0	0	0	EPS002	1.999.049	249.900	14-23	1.999.049	3	48.700	CCF24	1.999.049	40.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010236099	SINDY TATIANA REYES GOMEZ		Avenida Calle 61 sur # 20 D 60 Torre 6	9082690	gtatiana.2705@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
84896934	10/03/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
2025-03	2025-03	N	28/03/2025	85307744	\$64.500

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	24.500	0		0		0	0	0	0	24.500	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	31.300	0	0	0	0	0	0		31.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	4.800				4.800	0	0	4.800			48	4.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	3.900	0

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	24.500	24.500
Pensión	1	31.300	31.300
Riesgos Laborales	1	4.800	4.800
CCF	1	3.900	3.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	64.500	64.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010236099	SINDY TATIANA REYES GOMEZ		Avenida Calle 61 sur # 20 D 60 Torre 6	9082690	gtatiana.2705@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
84896934	10/03/2025				EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR					
2025-03	2025-03	N			28/03/2025	85307744	\$64.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	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	1010236099	REYES GOMEZ SINDY TATIANA	57	0	N																				230301	2.194.609	351.200	0	0	0	0	EPS002	2.194.609	274.400	14-23	2.194.609	3	53.500	CCF24	2.194.609	43.900	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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 de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

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

Identificación 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 DE COBRO ENERO CTO-1564-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO CTO-1564-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO-1564-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO CTO-1564-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo		

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DAVIVIENDA

BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com <BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com>
Para: SINDYT.REYESG@gmail.com

10 de marzo de 2025, 3:30 p.m.

Apreciado(a) SINDY TATIANA,

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****8396:

Fecha: 2025/03/10
Hora: 15:29:52
Valor Transacción: \$658.500
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción: PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA

✎ Redactar

📁 Recibidos 1,816

☆ Destacados

🕒 Pospuestos

➤ Enviados

📅 Programados

🗑 Borradores 1

▼ Más

Etiquetas +

← 📁 🕒 🗑 📧 📁 ⋮

1 de 3,030 < >

¡Hola, Tatiana Reyes !

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✅

CUS: 1306306850

Empresa: COMPENSAR-01

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 64.500

Fecha de Transacción: 27/03/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- ▶ Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- ▶ Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- ▶ Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

© 2025 PSE



in

ACH Colombia Oficial

X

@ACHColombia_