

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON		Número de Documento:	1073156720	
Correo Electrónico:	andreasanchezr2@gmail.com		Número Telefónico:	3183934438	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-25

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7974-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2537
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II- 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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	35099	\$6458216	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6458216	SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS DIECISEISPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-08		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-11-01	2024-12-31	1	\$ 6458216	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	\$ 6458216	2815
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		NOVIEMBRE		\$ 4948959	
2		DICIEMBRE		\$ 6458216	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6458216		\$ 19374648	\$ 11407175	\$ 7967473
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Realizar articulación sectorial e intersectorial para posicionar y presentar los avances del Programa Ampliado de Inmunizaciones que permitan desarrollar acciones conjuntas con resultado de impacto en las coberturas de vacunación.	-Asistencia a reuniones de articulación y posicionamiento del PAI	-Actas y listados de asistencia	
2	Evaluar los indicadores PAI: cobertura, acceso, deserción y oportunidad de vacunación de la subred. Además, de la simultaneidad de trazadores de los esquemas de vacunación.	-Evaluación y análisis de los indicadores del programa	-Acta de análisis y excel con formula de indicadores	
3	Diligenciar la matriz establecida por la Subred para el cargue de las actividades del proyecto de inversión 8141 meta 38 actividades 1 y 2.	-Diligenciamiento de Matriz de cargue de actividades	-Matriz de cargue de actividades diligenciada	
4	Realizar reuniones de gestión y análisis con los profesionales de apoyo, profesionales intramurales, extramurales, técnicos de sistemas de información y de cadena de frío; para	-Reunion de gestión realizada con equipo de profesionales y técnicos segun lineamiento	-Acta y listado de asistencia	
5	Evaluar el avance del Programa y cumplimiento de cobertura, permitiendo tomar acciones de mejora oportunas en la Subred.	-Evaluacion continua del avance del programa teniendo en cuenta coberturas, articulaciones y posicionamiento del programa	-Reuniones, actas generadas, listados de asistencia	
6	Reportar las novedades de incumplimiento a los estándares de habilitación de los servicios de vacunación en el marco de resolución 3100/2019 mediante oficio radicado a la subsecretaria de aseguramiento de la Secretaría Distrital de Salud, anexando los soportes del evento presentado.	-Realización de oficios segun hallazgos en vistas de asistencia tecnica de profesional intramural	--Oficios radicados	
7	Reportar mediante oficio a las EAPB con copia a la subsecretaria de servicios de salud y aseguramiento y a la subdirección de acciones colectivas de la Secretaría Distrital de Salud, los hallazgos de incumplimiento en coberturas de vacunación de su red prestadora donde se incluya la solicitud de acciones de mejora.	-Oficios de socializacion de coberturas radicados a las EAPB	--Oficios radicados	
8	Realizar envío previa validación de los indicadores de calidad, completitud y congruencia de los informes mensuales (reporte mensual de dosis aplicadas, movimiento de inmunobiológico, dispositivos médicos e insumos, informe tácticas modalidad extramural) del Programa permanente incluida la vacuna COVID-19 y otras que se incluyan en el Programa.	-Consolidación y envio de informes mensuales a la SDS	-Correo electronico con envio de informes	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Realizar seguimiento de la calidad del dato de las cohortes asignadas mensualmente desde la Secretaría Distrital de Salud.	-Envío de la revisión de calidad del dato de las cohortes asignadas	-Envío de correo con informe de la revisión realizada de calidad del dato según cohorte asignada
10	Realizar articulación con Vigilancia en Salud Pública - VSP y Farmacovigilancia, donde se analicen mínimo las siguientes temáticas: Eventos Prevenibles por Vacuna - EPV, Eventos Adversos Posterior a Vacunación EAPV y táctica de bloqueos.	-Articulación realizada con VSP, QF tratando la temática descrita en el lineamiento	-Acta y listado de asistencia
11	Consolidar la proyección del plan de acción de actividades de los productos 72, 73, 74, 76, 78 y 83 del Programa PAI.	-Plan de acción de los productos del PAI consolidado	-Formato de plan de acción consolidado y envío a la SDS
12	Realizar la solicitud de pedido de medicamentos e inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos de Programa, frente al comportamiento de cálculo de necesidades de la subred.	-Solicitud de biológicos e insumos de acuerdo a la necesidad de la Subred	-Formato de solicitud de biológicos e insumos.
13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia a reuniones, realización de productos solicitados por el PIC, la dirección de gestión del riesgo y la subgerencia	-Actas, listados de asistencia, correos y productos solicitados

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		\$ 4948959
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82615211	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1979584	\$ 316733	\$ 320600	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 247448	\$ 250500	
ARL				3	SURA		\$ 48223	\$ 48900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 574514	\$ 620000	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	456800171286		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON			2024-12-11 18:44:54	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA			2024-12-13 19:56:22	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2024-12-13 22:30:45	
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			2025-01-17 15:39:56	

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	1073156720	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON		calle 15 20 285	3183934438	andreasanchezr2@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
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
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82615211	TOTAL A PAGAR \$620.000

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	249.300	0		0		0	7	1.200	0	250.500	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	319.100	0	0	0	0	7	1.500	0	320.600	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	48.600				48.600	7	300	48.900			486	48.900	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	249.300	250.500
Pensión	1	319.100	320.600
Riesgos Laborales	1	48.600	48.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	617.000	620.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1073156720	JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON		calle 15 20 285	3183934438	andreasanchezr2@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
TOTAL A PAGAR						
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82615211	\$620.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	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	1073156720	SANCHEZ RINCON JHULY ANDREA	59	0		N																			230201	1.993.983	319.100	0	0	0	0	EPS002	1.993.983	249.300	14-11	1.993.983	3	48.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Andrea Sanchez Rincon <andreasanchezr2@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1119443456 ✓

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Para: andreasanchezr2@gmail.com

11 de diciembre de 2024, 18:35

**¡Hola, Jhuly Andrea Sanchez!**

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

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

CUS: 1119443456

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Valor de la Transacción: \$ 620.000

Fecha de Transacción: 11/12/2024

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.



ACH Colombia Oficial



@ACHColombia_



ACHColombiaOficial



ACH Colombia Oficial



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 18:19:28
JHULY ANDREA SANC...



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

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? ☐ 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
☐ ARL SURA 1073156720 CTO 7974-2024.pdf	ARL SURA 1073156720 CTO 7974-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO CTO -7974-2024 NOVIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -7974-2024 NOVIEMBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>