

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-02	Hasta:	2025-01-31
Nombre Contratista:	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON		Número de Documento:	1024550727
Correo Electrónico:	yeyebeltran5@gmail.com		Número Telefónico:	3105566522
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1754-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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	28414	\$5228176	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5228176	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSSETENTA Y SEIS PESOS					

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	\$ 5228176	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 35377419	\$ 35377419	\$ 5228176	\$ 30149243

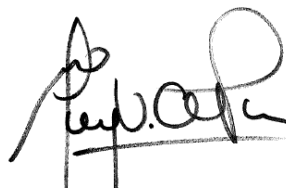
	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar Investigación epidemiológica de campo (IEC), brotes y/o socio epidemiológica eventos de interés en salud pública, garantizando la oportunidad y calidad del producto.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo certificado
2	2. Realizar depuración, consolidación, ajuste y retroalimentación de la información contenida en las bases de datos con el fin de Validar la calidad de la información notificada y consolidada en vigilancia en salud pública.	-Se realiza cruce de base SIVIGILA , base RUAF-D con base de resultados de LSP para identificar los casos notificados , ajustes de los EPV en el aplicativo SIVIGILA DC de manera semanal	-Base SIVIGILA y base de resultados de LSP semanal), envío de correo electrónico a SIVIGILA para que se realicen dichos ajustes en Secretaria Distrital de Salud
3	.3. Participar en acciones de socialización, articulación, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Participación en mesa sivigila SDS 29/01/2025, Participar en comité PAI intramural 14/01/2025 y extramural de manera mensual 20/01/2025 de los eventos de EPV , EAPV socializando indicadores y coberturas.	-Presentaciones con base XLS consolidado, indicadores establecidos en el protocolo de INS, revisión de la BAC para los indicadores de los EPV
4	4. Analizar la información y tomar decisiones para el cumplimiento de las acciones con calidad y oportunidad contribuyendo a la consolidación y análisis de los indicadores.	-Revisión de los soportes de los eventos de EPV como lo son (IEC, HC, laboratorios, vacunación) con el fin de realizar los respectivos ajustes en aplicativo SIVIGILA DC	-Bases de datos y actas de articulación de manera semanal con técnico SIVIGILA de la Subred
5	5. Realizar cruces de información con diferentes fuentes que permitan fortalecer la coherencia de la información producida en vigilancia en salud pública.	-Se realizan cruces de base de datos SIVIGILA entre los diferentes eventos de EPV y base RUAF como insumo para procesos de articulación con los demás subsistemas. Estadísticas Vitales y PAI - Consolidado XLS para la verificación de casos notificados de los EPV y los EAPV	-Bases de datos (SIVIGILA y revisión de consolidado XLS)con la realización de actas de articulación con el subsistema de Estadísticas Vitales y PAI
6	6. Realizar canalización a los usuarios a los que se les identifique algún riesgo vital, según competencia.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo certificado
7	7. Realizar Realizar acompañamientos técnicos a las Unidades Primarias Generadoras de datos de la Subred.	-Se realizo fortalecimiento técnico de los EPV Y EAPV en la UPGD BIENESTAR IPS SEDE EL ENSUEÑO el día 23/01/2025	-Presentación y acta del fortalecimiento
8	8. Realizar alistamiento, preparación y organización de la Realizar acompañamiento técnica a las UPGD que conforman la Red de Operadores de Vigilancia en Salud	-Evaluación de las UPGD que conforman la Subred Sur con el fin de que cumplan con la adecuada notificación	--Tablero de control de manera mensual con envío a SDS los días 15 de cada mes (15/01/2025)
9	9. Convocar, organizar, reportar y realizar todas y ca da una de las actividades de alistamiento para e desarrollo de las Unidades de Análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten y que sea requeridos por la Secretaria Distrital de Salud.	-Se realizara unidad de analisis de caso sin muestra el 27/01/2025 con referente distrital y UPGD USS Jerusalem	- Plataforma TEAMS y soporte acta
10	.10. Planeación ejecución y análisis del COVE y COVECOM de eventos de interés en salud pública.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo certificado
11	11. Realizar la Búsqueda Activa Institucional de los eventos de interés en salud pública.	-Se solicito BAI para la USS Jerusalem de caso sin muestra evento 710	-Excel manejado por la unidad USS Jerusalem

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	12.Ejecutar la disponibilidad para la atención de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo certificado
13	13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo 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	\$ 5228176
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	DICIEMBRE	2024	12	27	82895575	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTOSSETENTA Y SEIS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2091270	\$ 334603	\$ 334700
Salud					COMPENSAR		\$ 261409	\$ 261500
ARL				3	SURA		\$ 50943	\$ 51000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 606928	\$ 647200
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número Cuenta	de	550488407150173
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JEIMY IVONE BELTRAN CHACON		2025-01-23 18:21:06	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-27 15:00:10	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-28 12:53:49	
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		2025-02-19 16:31:20	

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON		transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2024-12	2024-12	I	27/12/2024	82895575	\$647.200	

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	261.500	0		0		0	0	0	0	261.500	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	334.700	0	0	0	0	0	0	0	334.700	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	51.000				51.000	0	0	51.000			510	51.000	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	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	261.500	261.500
Pensión	1	334.700	334.700
Riesgos Laborales	1	51.000	51.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	647.200	647.200

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-12	2024-12	\$647.200				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1024550727	BELTRAN CHACON JEIMY IVONE	59	0			N																	230301	2.091.270	334.700	0	0	0	0	EPS008	2.091.270	261.500	14-11	2.091.270	3	51.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

UTC -5 18:17:16
 JEIMY IVONE BELTRÁN...

Configuraciones de usuario
 jeimy ivone beltran chacon
 GATO: 0708869

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

23 Ene, 2025(UTC -5) 18:17:16

[Salir](#)

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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](#)

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		
<input type="checkbox"/> CUENTA 17 AL 31 OCTUBRE CTO 7201-2024.pdf	CUENTA 17 AL 31 OCTUBRE CTO 7201-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE CTO 7201-2024.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7201-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DICIEMBRE CTO 7201-2024.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7201-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

[Cancelar](#)

< [Evaluación de la Entidad Estatal](#) >