Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-08-01	**Hasta:**	2025-08-31	
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:	1547-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II- 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	Procetaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	36233	$6666872	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6666872**	**SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-02		**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	$ 1415277	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 8224891	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 6666872	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 6458216	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 6458216
3	MARZO	$ 7089998
4	ABRIL	$ 6666872
5	MAYO	$ 6666872
6	JUNIO	$ 6666872
7	JULIO	$ 6666872
8	AGOSTO	$ 6666872

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 43700622	**$ 60007662**	**$ 53340790**	**$ 6666872**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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	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	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	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	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	-Evaluacion continua del avance del programa teniendo en cuenta coberturas, articulaciones y posicionamiento del programa
6	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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	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	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
9	9. Realizar seguimiento de la calidad del dato de las cohortes asignadas mensualmente desde la Secretaría Distrital de Salud.	-Envio de la revision de calidad del dato de las cohortes asignadas	-Envio de correo con informe de la revision realizada de calidad del dato segun cohorte asignada
10	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 tematica descrita en el lineamiento	-Acta y listado de asistencia
11	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 accion consolidado y envio a la SDS
12	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 biologicos e insumos de acuerdo a la necesidad de la Subred	-Formato de solicitud de biologicos e insumos.
13	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 subgerenciaActas, listados de asistencia, correos y productos solicitados	-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	$ 6666872
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	88244735	-		
2025	**JULIO**	**2025**	**08**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2666749	$ 426680	**$ 428400**
Salud		SALUD TOTAL		$ 333344	**$ 334700**
ARL	3	SURA		$ 64962	**$ 65300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 773944**	**$ 828400**

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	2025-08-22 18:15:57
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-08-25 12:17:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-08-25 17:54:05

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 GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88244735	$828.400	

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	333.400	0		0		0	6	1.300	0	334.700	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	426.700	0	0	0	0	6	1.700	0	428.400	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	65.000				65.000	6	300	65.300			650	65.300	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	333.400	334.700
Pensión	1	426.700	428.400
Riesgos Laborales	1	65.000	65.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	825.100	828.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	12/08/2025	88244735	$828.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	2.666.748	426.700	0	0	0	0	EPS002	2.666.748	333.400	14-11	2.666.748	3	65.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail

Andrea Sanchez Rincon <andreasanchezr2@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1694565620

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 11 de agosto de 2025, 18:33
Para: andreasanchezr2@gmail.com



¡Hola, Jhuly Andrea Sanchez!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 828.400

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 11/08/2025

CUS: 1694565620

Gracias por utilizar nuestro servicio.



Ten encuenta estos tips de seguridad:

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.

"AVISO DE CONFIDENCIALIDAD:

La información contenida en este email está destinada para el uso del individuo o entidad a la cual está direccionado y contiene información que es de carácter Confidencial o Privada. Si usted no es el destinatario autorizado, cualquier retención, distribución, utilización, divulgación o copia del presente mensaje está terminantemente prohibida y puede ser sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor notificar al remitente o a la dirección https://www.pse.com.co/web/guest/persona-centro-de-ayuda en el botón habla con nosotros, y elimine el mensaje y cualquier copia del mismo de forma inmediata. Este mensaje ha sido revisado con software antivirus, para evitar que contenga código malicioso que pueda afectar sistemas de cómputo, sin embargo, es responsabilidad del destinatario confirmar este hecho en el momento de su recepción. El presente mensaje no es una declaración oficial de ACH COLOMBIA S.A ni de ninguno de sus miembros de los cuerpos directivos de la compañía. Gracias."

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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		
☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 ENERO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 MARZO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 ABRIL.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 MAYO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 JUNIO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 JULIO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.