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:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ		**Número de Documento:**	1031138550	
Correo Electrónico:	zulay.aranguren.mvz@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203918995	
Nombre del Supervisor:	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	**Código - Grado:**	237-16

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1638-2025	**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	Procetaje(%) Centro de Costos
K31PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	88	22430	$6100960	152.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6100960**	**SEIS MILLONES CIEN MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS**					

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	$ 875507	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 5091610	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 4127120	1483
4	2025-09-27		4	$ 1973882	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ENERO	$ 3998136
2	FEBRERO	$ 3998136
3	MARZO	$ 4389258
4	ABRIL	$ 4127120
5	MAYO	$ 4127120
6	JUNIO	$ 4127120
7	JULIO	$ 4127120
8	AGOSTO	$ 4127120
9	SEPTIEMBRE	$ 6100960

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27054013	**$ 39122132**	**$ 39122090**	**$ 42**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Realizar y/o apoyar visitas de inspección, vigilancia y control, toma y envío de muestras (si fuera necesario), operativos, en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, realizar vacunación canina y felina, realizar control vectorial, observación y seguimiento al animal agresor, verificación de las condiciones sanitarias asociadas a la tenencia de animales, al perfil profesional de medico veterinario/o zootecnista conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud, brindando asesoría técnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento de las metas asignadas por la institución.	-Se realizarán visitas de seguimiento al animal agresor en las localidades de Tunjuelito, Ciudad Bolívar, Usme y Sumapaz. -	75 actas EZ015S de seguimiento al animal agresor en el mes a certificar a demanda.
2	2. ejecutar las acciones del proceso que van encaminadas a realizar un seguimiento completo de cada uno de los eventos de agresión por animal potencialmente transmisores de rabia que son notificados a través del sivigila.	-Se realiza seguimiento de cada uno de los casos asignados.	-75 actas EZ015S de seguimiento al animal agresor del mes a certificar.
3	3. revisar fichas de notificación de agresiones por animales potencialmente transmisores de la rabia. (evento cod ins. 300), ficha de notificación: rabia humana. (evento cod ins. 670), ficha de notificación: rabia animal. (evento cod ins. 650) o en aplicativo sivigila.	-Se revisan 75 fichas de notificación de agresiones por animales en el periodo a certificar.	-Libro de recepción y retroalimentación de fichas de notificación de casos.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. presentar y entregar informes y productos oportunos en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades y sus respectivos soportes que sustenten las actividades.	-Libro de recepción y retroalimentación de fichas de notificación de casos.	-Libro de recepción y retroalimentación de fichas de notificación de casos.
5	5. cumplir con los respectivos cronogramas de las visitas y acciones de los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y ambiental y otros.	-Programación del cronograma del mes de octubre y retroalimentación del cronograma del mes de septiembre.	-Programación del cronograma del mes de octubre y retroalimentación del cronograma del mes de septiembre.
6	6. dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas y recepcionadas al componente de vigilancia en salud ambiental entregándolas al líder operativo de las líneas de intervención donde sea asignado(a).	-No se atienden peticiones, solicitudes ni quejas durante este mes.	-No se atienden peticiones, solicitudes ni quejas durante este mes.
7	7. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la sds, recomendaciones del coordinador de vigilancia en salud ambiental, y por el líder operativo.	-No se tiene planes de mejoramiento aplicados para el mes a certificar.	-No se tiene planes de mejoramiento aplicados para el mes a certificar.
8	8. cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-No se tiene actividades programadas fuera de VSA para el mes a certificar	-No se tiene actividades programadas fuera de VSA para el mes a certificar
9	9. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Se realiza proceso de organización y custodia de actas realizadas en el mes.	-Se realiza proceso de organización y custodia de actas realizadas en el mes.
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se asistirá a la reunión de línea del mes.	-Firma de listado de asistencia y acta de

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	89372311	-		
2025	AGOSTO	2025	09	10				

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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1650848	$ 264136	**$ 264200**
Salud		COMPENSAR		$ 206356	**$ 206400**
ARL	3	SURA		$ 40215	**$ 40300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 479109**	**$ 510900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66857039697

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ	2025-09-29 22:24:03
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ	2025-09-29 22:25:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	2025-09-30 12:28:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-30 20:07:32

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.



VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ
PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD

© Siasur - 2025

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	1031138550	ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ	Dig 61 sur # 20a-30	0000000	zulay.aranguren.mvz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ. D. C.	BOGOTÁ. D.C.		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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89372311	$510.900	

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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	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	206.400	206.400
Pensión	1	264.200	264.200
Riesgos Laborales	1	40.300	40.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	510.900	510.900

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031138550	ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ	Dig 61 sur # 20a-30	0000000	zulay.aranguren.mvz@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89372311	$510.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado
1	CC	1031138550	ARANGUREN JIMENEZ ZULAY VIVIANA	59	0			N

No.	INFORMACIÓN NOVEDADES															
	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1																

No.	PENSIÓN							SALUD		
	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC
1	25-14	1.650.848	264.200	0	0	0	0	EPS008	1.650.848	206.400

No.	RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
	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	14-11	1.650.848	3	40.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

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		
	Informe de Actividades Número 265792.pdf (Archivado)	Informe de Actividades Número 265792.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	CUENTA ENERO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	CUENTA FEBRERO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	CUENTA MARZO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 1638-2025 CTO -2025.pdf	CUENTA ABRIL 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 1638-2025 CTO -2025.pdf	CUENTA MAYO 1638-2025 CTO -2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO 1638-2025 CTO -2025.pdf	CUENTA JUNIO 1638-2025 CTO -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 1638-2025 CTO -2025.pdf	CUENTA JULIO 1638-2025 CTO -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 1638-2025 CTO -2025.pdf	CUENTA AGOSTO 1638-2025 CTO -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

certifica que:

ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ

1031138550

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

31 de julio de 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

ZULAY VIVIANA ARANGUREN JIMENEZ

1031138550

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

8 de septiembre de 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ