

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-09-01	Hasta:	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON		Número de Documento:	1024550727	
Correo Electrónico:	yeyebeltran5@gmail.com		Número Telefónico:	3105566522	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-20

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	1	29331	\$5426235	103.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5426235	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISEIS MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS					

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	\$ 1144944	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	\$ 7186095	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	\$ 6364827	1483
4	2025-09-27		4	\$ 29331	1655
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 5228176	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	FEBRERO	\$ 5228176	
3	MARZO	\$ 5739628	
4	ABRIL	\$ 5396904	
5	MAYO	\$ 5631552	
6	JUNIO	\$ 5690214	
7	JULIO	\$ 6364827	
8	AGOSTO	\$ 5396904	
9	SEPTIEMBRE	\$ 5426235	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 35377419		\$ 50102616	\$ 50102616
			\$ 0
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 revision de XLS de los eventos de interes en salud publica con el fin de verificar calidad, oportunidad en el cargue	-Bases siviliga 4.0
3	3. Participar en acciones de socialización, articulación, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Participacion y realizacion de cronograma de las asistencias publicas con los periodos correspondientes a evaluar	-Cronograma asistencias tecnicas
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.	-Realizacion de Registro V7 con el fin de realizar PNS y verificar UPGD que presenten BAI negativa por 3 o mas semanas epidemiologicas	-Registro V7
5	5. Realizar cruces de información con diferentes fuentes que permitan fortalecer la coherencia de la información producida en vigilancia en salud pública.	-Articulacion con los subsistemas Transmisibles, UYE y Enfermedades huérfanas con el fin de identificar eventos presentados	-Bases siviliga
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 realiza asistencia tecnica a las UPGD que presentaron BAI negativa: Unidad medica odontologica santa pilar, USS la Reforma, Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogo.	-Acta, revision de Rips

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-Se realiza reunion de las asistencias técnicas el dia 5 de septiembre para evaluar las UPGD del los meses julio, agosto y septiembre	-Acta y cronograma de asistencias técnicas
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.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo certificado
10	.10. Planeación ejecución y análisis del COVE y COVECOM de eventos de interés en salud pública.	-Se tuvo participación en COVE LOCAL para las localidad Ciudad Bolivar, Tunjuelito, Usme y Sumapaz el dia 17 de septiembre	-Presentación de indicadores
11	11. Realizar la Búsqueda Activa Institucional de los eventos de interés en salud pública.	-Realizacion de BAI negativa por 3 o mas semanas epidemiológicas : Unidad medica odontológica santa pilar, USS la Reforma, Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogo.	- Acta y revision de Rips
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.	-Participacion de ULC 29/09/2025	- Presencialidad

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		\$ 5396904
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89782282	-			
2025	AGOSTO	2025	09	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2158762	\$ 345402	\$ 345500	
Salud					COMPENSAR		\$ 269845	\$ 269900	
ARL				3	SURA		\$ 52587	\$ 52600	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 626516	\$ 668000	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488407150173

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	2025-09-29 21:03:58
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-09-30 11:17:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-30 14:03:10

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.

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

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.	
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
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89782282	TOTAL A PAGAR \$714.100

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	269.900	0		0		0	6	1.100	0	271.000	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	345.500	0	0	0	0	6	1.400	0	346.900	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	52.600				52.600	6	200	52.800			526	52.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	43.200	6
						200	
						43.400	
							1

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	269.900	271.000
Pensión	1	345.500	346.900
Riesgos Laborales	1	52.600	52.800
CCF	1	43.200	43.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	711.200	714.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON		transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeeybeltran5@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
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89782282	10
					TOTAL A PAGAR
					\$714.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IOE	MAA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1024550727	BELTRAN CHACON JEIMY IVONE	57	0			N							X										230301	2.158.762	345.500	0	0	0	0	EPS008	2.158.762	269.900	14-11	2.158.762	3	52.600	CCF24	2.158.762	43.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Agencia Nacional
de Contratación Pública
de Colombia

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 ☐ Sí ☒ No
códigos de autorización?

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 ENERO CTO 1754-2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 1754-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 1754-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 1754-2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 1754-2025.pdf	CUENTA MAYO CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO1754-2025.pdf	CUENTA JUNIO CTO1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 1754-2025.pdf	CUENTA JULIO CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 1754-2025.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 1754-2025.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

© VORTAL 2019 [Términos de uso](#) [Normativa](#) [Soporte remoto](#) [Ayuda](#)

Español

(Colombia)

▼

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm

<https://www.secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.14143811#>

1/1

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

JEIMY IVONE BELTRAN CHACON

1024550727

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

29 de septiembre de 2025



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

JEIMY IVONE BELTRAN CHACON

1024550727

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:

29 de septiembre de 2025