

	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:	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 Perteneces:	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
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	

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	
9	SEPTIEMBRE	\$ 6666872	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 43700622		\$ 60007662	\$ 0
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	-Indicadores y tableros de control
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 subsecretaría 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 socialización 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 envío de informes mensuales a la SDS	-Consolidación y envío de informes mensuales a la SDS
9	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	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	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	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	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	-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	89009120	-		
2025	AGOSTO	2025	09	15				
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	\$ 429700
Salud					SALUD TOTAL		\$ 333344	\$ 335800
ARL			3	SURA	\$ 64962		\$ 65500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 773944	\$ 831000

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	2025-09-25 20:19:59
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-26 14:28:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-26 16:33:12

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
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89009120	\$831.000
TOTAL A PAGAR					

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	11	2.400	0	335.800	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	11	3.000	0	429.700	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	65.000				65.000	11	500	65.500			650	65.500	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	335.800
Pensión	1	426.700	429.700
Riesgos Laborales	1	65.000	65.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	825.100	831.000

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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	15/09/2025	89009120	\$831.000
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	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	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



Andrea Sanchez Rincon <andreasanchezr2@gmail.com>

PSE - Transacción Aprobada CUS 1776167413

1 mensaje

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

14 de septiembre de 2025, 20:07

**¡Hola, Jhuly Andrea Sanchez!****Estado de la Transacción:** **Aprobada** **Los siguientes son los datos de tu transacción:****Valor:** \$ 831.000**Empresa:** COMPENSAR-OI**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social**Fecha de la transacción:** 14/09/2025**CUS:** 1776167413

Gracias por utilizar nuestro servicio.

**Ten en cuenta 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."

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		
☐ 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
☐ CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 AGOSTO.pdf	CUENTA DE COBRO CTO -1547-2025 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON

1073156720

Cumplió satisfactoriamente con la:
INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

27 de agosto de 2025



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

JHULY ANDREA SANCHEZ RINCON

1073156720

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:

20 de septiembre de 2025