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:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	CHRISTIAN DAVID RAMIREZ RUIZ		**Número de Documento:**	1023967597	
Correo Electrónico:	kdruiz98@gmail.com		**Número Telefónico:**	3194692345	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6892-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	16200	$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-27	2026-01-09	1	$ 4393440	1957
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		OCTUBRE		$ 2980800	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5961600	**$ 10355040**	**$ 2980800**	**$ 7374240**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar la caracterización social y ambiental de las viviendas asignadas, diligenciando los 8 módulos del formato correspondiente.	-Se efectuó la caracterización social y ambiental en los hogares asignados, aplicando los 8 módulos establecidos para la identificación de riesgos en vivienda saludable, garantizando la calidad y completitud del registro	-Formatos de caracterización social y ambiental diligenciados y validados.
2	Registrar la información de la caracterización en los sistemas de información, asegurando la calidad y completitud de los datos.	-Se registraron los datos de las X visitas domiciliarias en la plataforma institucional, verificando la integridad de la información y la consistencia con los criterios técnicos definidos por la SDS.	-Registros actualizados en el sistema GTAPS / base de datos institucional.
3	Concertar y formular con las familias el componente de salud ambiental del Plan de Bienestar, priorizando los riesgos identificados.	-Se concertaron los componentes ambientales del Plan de Bienestar en cada vivienda, estableciendo compromisos y acciones de mejora según los riesgos priorizados en agua, residuos, plagas y ventilación.	-Planes de Bienestar con componente ambiental diligenciados y concertados.
4	Implementar el Plan de Bienestar mediante visitas domiciliarias, desarrollando espacios de educación en salud ambiental sobre los riesgos priorizados.	-Se realizaron sesiones educativas durante las visitas domiciliarias, abordando prácticas de higiene, ahorro de agua, separación de residuos y control de vectores, promoviendo entornos saludables.	-Registros y actas de visita domiciliaria.
5	Diseñar e implementar unidades demostrativas en salud ambiental, como huertas caseras, de manera participativa con las familias.	-Se implementaron unidades demostrativas en los hogares priorizados, orientadas a la instalación de huertas y compostaje, fomentando la producción sostenible de alimentos y el aprovechamiento de residuos orgánicos.	-Evidencias fotográficas de huertas y actas de instalación de unidades demostrativas.
6	Realizar el seguimiento a los compromisos del Plan de Bienestar y al avance de las unidades demostrativas en cada visita.	-Se efectuó seguimiento al cumplimiento de compromisos ambientales y mantenimiento de huertas familiares, verificando mejoras en las prácticas de cuidado y gestión del riesgo ambiental.	-Formatos de seguimiento familiar y reporte mensual de avances.
7	Promover la vacunación antirrábica de animales de compañía y canalizar los casos de tenencia inadecuada al IDPYBA.	-Durante las visitas se identificaron animales sin vacunación antirrábica y se orientó a las familias sobre los puntos de atención del IDPYBA, remitiendo los casos pertinentes.	-Listado de casos remitidos y constancias de orientación a familias.
8	Fortalecer las habilidades de las familias para la identificación de riesgos en salud ambiental, especialmente en temporadas de alto riesgo.	-Se desarrollaron acciones educativas en torno a la prevención de enfermedades respiratorias y vectoriales, reforzando la capacidad de las familias para identificar y mitigar riesgos ambientales.	-Actas de educación ambiental y registros de asistencia familiar.
9	Canalizar las quejas de las familias sobre ruido, olores o contaminación del aire a las instancias de vigilancia correspondientes.	-Se recibieron y canalizaron reportes de quejas ambientales hacia la vigilancia ambiental y entidades competentes, siguiendo el protocolo de notificación.	-Registro de quejas y remisiones a vigilancia ambiental.
10	Realizar la visita de cierre para la evaluación final del Plan de Bienestar, diligencia 11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionalesndo el apartado de evaluación del instrumento de caracterización.	-Se efectuaron visitas de cierre en los hogares con planes de bienestar en fase de finalización, verificando el cumplimiento de compromisos y actualizando la matriz de evaluación ambiental.	-Formatos de cierre y evaluación final de planes de bienestar.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-Se participó en reuniones técnicas y espacios de fortalecimiento convocados por la Subred Sur y la Secretaría Distrital de Salud, aportando a la articulación interprofesional.	-Actas de asistencia y listados de participación.
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se apoyaron actividades misionales y estrategias complementarias del componente de salud ambiental, incluyendo acompañamiento a jornadas comunitarias y actualización de bases de datos.	-Registro fotográfico y listado de actividades complementarias.

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**	$ 2980800
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9494264972	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud					FAMISANAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL			3		SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550008300764399

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CHRISTIAN DAVID RAMIREZ RUIZ	2025-11-27 13:18:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-11-28 07:37:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-11-28 21:39:24

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

© Siasur - 2025

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023967597		RAMIREZ RUIZ CHRISTIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 a Bis # 48R -08 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4791605	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1921200079	9494264972	I	2025/11/26	2025/11/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1023967597	RAMIREZ CHRISTIAN	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023967597		RAMIREZ RUIZ CHRISTIAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 5 a Bis # 48R -08 Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4791605	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1921200079	9494264972	I	2025/11/26	2025/11/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

¡Hola, Christian David Ramirez Ruiz!

Estado de la Transacción: Aprobada

Los siguientes son los datos de tu transacción:

Valor: $ 440.500

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494264972

Fecha de la transacción: 11/11/2025

CUS: 1921200079

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.

Para mayor información comunícate con nosotros:

En Bogotá: +57 (601) 3808890 Opción 5

Contáctanos: https://www.pse.com.co/persona-centro-de-ayuda

Un servicio de ach COLOMBIA

ACH Colombia Oficial

@ACHColombia_

ACHColombiaOficial

ACH Colombia Oficial

*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

1 General Information
2 Conditions
3 Catalogue Items
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 Contract Execution
8 Contract Versions
9 Non-Compliances

Cancel | Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step

VIEW CONTRACT

Contract Execution

Contract Invoice

Registration authorization is needed? Yes No

Payment ID	Invoice Nr	Issue Date	Reception Date	Invoice Total Value	State
No items found...					

Create

Contract Execution Documents

	Description	File Name	Uploaded by		
☐	ARL SURA 1023967597 CTO 6892-2025.pdf	ARL SURA 1023967597 CTO 6892-2025.pdf	Buyer	download	Detail
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6892-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6892-2025.pdf	Buyer	download	Detail

Remove selected | Upload new