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:	KEVIN DAVID POVEDA MORALES		**Número de Documento:**	1023031706	
Correo Electrónico:	POVEDAKEVIN2411@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3505075889	
Nombre del Supervisor:	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	**Código - Grado:**	237-16

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7705-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

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	0	22800	$4195200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4195200**	**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-14	2026-01-09	1	$ 4195200	1889

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 4195200
2	NOVIEMBRE	$ 4195200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

© Siasur - 2025

$ 8390400	**$ 12585600**	**$ 8390400**	**$ 4195200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
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 medico veterinario 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.	-IVC a catering, operativos, seguimientos a rutas de transporte de alimentos.	-Se entregan 6 actas completa y correctamente diligenciadas de IVC a catering, 1 acta de IVC a planta de ensamble de refrigerios, 15 actas de seguimientos a vehículos de transporte.
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.	-Esta actividad no fue asignada para el mes a certificar.	-Para el mes a certificar esta actividad no fue a mes a certificar esta actividad no fue asignada
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.	-Para el mes a certificar esta actividad no fue asignada.	-Para el mes a certificar esta actividad no fue asignada.
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.	-Se realiza entrega de actas de las diferentes visitas establecidas dentro del marco del programa vigilancia intensificada a refrigerios y catering, envió de los diferentes informes solicitados por secretaria de salud de las actividades realizadas por el equipo.	-Actas de visitas asignadas debidamente diligenciadas
5	Dar cumplimiento 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.	-Realiza cronograma mensual del mes de diciembre y retroalimentación de cronograma del mes de noviembre según programación .	-Se realiza cronograma mensual del mes de diciembre y retroalimentación de cronograma del mes de noviembre según programación
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).	-Para el mes a certificar no se realiza esta actividad.	-Para el mes a certificar no se realiza esta actividad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 generaron planes de mejoramiento por el periodo a certificar.	-No aplica para el periodo a certificar
8	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-Actividad no asignada para el mes a certificar.	-Actividad no asignada para el mes a certificar.
9	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Actas de IVC catering y seguimientos a vehículos transportadores de alimentos.	-Actas de IVC catering y seguimientos a vehículos transportadores de alimentos.
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-No se generaron acciones correspondientes en el periodo a certificar.	-No aplica para el mes a certificar.

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	$ 4195200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9494854300	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**19**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1678080	$ 268493	**$ 270900**
Salud		COMPENSAR		$ 209760	**$ 211700**
ARL	3	SURA		$ 40878	**$ 41300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 487013**	**$ 523900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24117428982

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KEVIN DAVID POVEDA MORALES	2025-11-25 19:37:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	2025-11-27 13:43:03
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-11-27 17:38:26
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-10 12:42:23

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

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 1023031706		POVEDA MORALES KEVIN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 14c #74b sur 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4718434	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	1939235992	9494854300	I	2025/11/05	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	14	$557,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,678,080	$268,500			$1,678,080	$209,800			$1,678,080	$33,600			$1,678,080	$40,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,678,080	$268,500			$1,678,080	$209,800			$1,678,080	$33,600			$1,678,080	$40,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,678,080	$268,500			$1,678,080	$209,800			$1,678,080	$33,600			$1,678,080	$40,900		$0	$0
1	CC 1023031706	POVEDA KEVIN	230301	30	$1,678,080	$268,500	EPS008	30	$1,678,080	$209,800	CCF24	30	$1,678,080	$33,600	14-11	30	$1,678,080	$40,900	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,678,080	$268,500			$1,678,080	$209,800			$1,678,080	$33,600			$1,678,080	$40,900		$0	$0

2025/11/18 10:44 PM

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 1023031706		POVEDA MORALES KEVIN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 14c #74b sur 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4718434	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	1939235992	9494854300	I	2025/11/05	2025/11/19	BANCO CAJA SOCIAL	14	$557,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,500	$2,400	$0	$270,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$268,500	$2,400	$0	$270,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,900	$400	$0	$41,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,900	$400	$0	$41,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,600	$300	$0	$33,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$33,600	$300	$0	$33,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$209,800	$1,900	$0	$211,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$209,800	$1,900	$0	$211,700
TOTAL				1	$552,800	$5,000	$0	$557,800

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

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		
☐	DOC-CTO-7705-2025.zip	DOC-CTO-7705-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Octubre CTO 7705-2025.pdf	Cuenta Octubre CTO 7705-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >