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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
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:	7084-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II- 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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	178	0	36900	$6568200	96.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6568200**	**SEIS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO 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	$ 6789600	1889

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 6789600
2	NOVIEMBRE	$ 6789600
3	DICIEMBRE	$ 6568200

© Siasur - 2026

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13579200	**$ 20368800**	**$ 20147400**	**$ 221400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"1. Realizar Proyección, seguimiento, evaluación y cierre del plan de acción de PAI de la Subred, que incluyan acciones para la operación y avance del programa.	-Plan de acción de los componentes del PAI consolidado	-Formato de plan de acción consolidado y envío a la SDS
2	2. Realizar Articulación sectorial 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
3	3. 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.	-Formato excel con fórmula de análisis de indicadores y estrategias de los mismos.
4	4. Hacer Diligenciamiento del 100% de la información requerida en herramienta SEGPLAN o la dispuesta por la Secretaría de Salud	-Diligenciamiento de la plataforma y formato de excel.	-Diligenciamiento de la plataforma y envío de formato a la SDS
5	5. Realizar reuniones de gestión y análisis con los líderes de localidad, donde se evalué el avance del programa y cumplimiento de metas, permitiendo tomar acciones de mejora oportunas para la Subred.	-Reunión de gestión realizada con equipo de profesionales y técnicos según lineamiento	-Acta y listado de asistencia
6	6. Reportar mediante oficio a las EAPB 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
7	7. Realizar envío de los informes mensuales (reporte mensual de dosis aplicadas, movimiento de inmunobiológico, dispositivos médicos e insumos, informe tácticas modalidad extramural) del Programa incluida la vacuna COVID19	-Consolidación y envío de informes mensuales a la SDS	-Consolidación y envío de informes mensuales a la SDS
8	8. 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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Enviar la proyección del plan de acción de actividades de las acciones de bienestar del programa: -Gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones en operación (Coordinación PAI) -Gestión operativa local del Programa Ampliado de Inmunizaciones (líderes de localidad) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas, privadas (Profesional intramural) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas y privadas (técnico de sistemas) -Gestión para la implementación y operación del PAI en sistemas de información (técnico sistemas - administrativo) -Gestión de la implementación y operación de estrategias del PAI para Enviar la proyección del plan de acción de actividades de las acciones de bienestar del programa: -Gestión del Programa Ampliado de Inmunizaciones en operación (Coordinación PAI) -Gestión operativa local del Programa Ampliado de Inmunizaciones (líderes de localidad) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas, privadas (Profesional intramural) -Gestión para la implementación y operación del PAI en la IPS públicas y privadas (técnico de sistemas) -Gestión para la implementación y operación del PAI en sistemas de información (técnico sistemas - administrativo) -Gestión de la implementación y operación de estrategias del PAI para MAS Bienestar (Profesional extramural) -Gestión para la implementación y operación de estrategias del PAI para MAS Bienestar en el entorno educativo (profesional extramural Educativo) -Operación de la cadena de frío e insumos del PAI (Auxiliares enfermería centro de acopio) -Gestión logística para la disposición de insumos y biológicos del PAI (Cronograma rutas)	-Plan de acción de los productos del PAI consolidado	-Formato de plan de accion consolidado y envío a la SDS
10	10. Realizar la solicitud de pedido de medicamentos e inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del Programa, frente al comportamiento del 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.
11	11.Realizar Informe de gestión anual del programa Ampliado de inmunizaciones	-Reunión de gestión realizada con equipo de profesionales y técnicos según lineamiento	-Acta y listado de asistencia
12	12. 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91450019	-		$ 6789600
2026	NOVIEMBRE	2025	12	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**SEIS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2715840	$ 434534	**$ 436300**
Salud		SALUD TOTAL		$ 339480	**$ 340800**
ARL	3	SURA		$ 66158	**$ 66500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 788191**	**$ 843600**

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	2025-12-11 10:19:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-12-12 11:20:01
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-12-12 15:31:27
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	2026-01-08 16:09:10

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.

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

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	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		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91450019	$843.600	

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	339.500	0		0		0	6	1.300	0	340.800	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	434.600	0	0	0	0	6	1.700	0	436.300	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	66.200				66.200	6	300	66.500			662	66.500	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	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	339.500	340.800
Pensión	1	434.600	436.300
Riesgos Laborales	1	66.200	66.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	840.300	843.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91450019	$843.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	2.715.840	434.600	0	0	0	0	EPS002	2.715.840	339.500	14-11	2.715.840	3	66.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Gmail **Andrea Sanchez Rincon <andreasanchezr2@gmail.com>**

PSE - Transacción Aprobada ✅ CUS 1997088410

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 10 de diciembre de 2025 a las 15:03
Para: andreasanchezr2@gmail.com

¡Hola, Jhuly Andrea Sanchez!

Estado de la Transacción: Aprobada ✅

Los siguientes son los datos de tu transacción:



Valor: $ 843.600

Empresa: COMPENSAR-OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha de la transacción: 10/12/2025

CUS: 1997088410

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.

"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."

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	
Pago 001	354419	4 minutos de tiempo transcurrido *(11/12/2025 9:47:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.789.600 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO - OCTUBRE - 7084 - 2025 - JHULY ANDREA SANCHEZ.pdf	CTO - OCTUBRE - 7084 - 2025 - JHULY ANDREA SANCHEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro noviembre CTO 7084-2025.pdf	Cuenta de cobro noviembre CTO 7084-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >