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:**	2026-03-01	**Hasta:**	2026-03-31	
Nombre del Contratista:	RAMIRO ANDRES FLOREZ ORTIZ		**Número de Documento:**	13874092	
Correo Electrónico:	florezortiz@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3008286228	
Nombre del Supervisor:	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD	**Código - Grado:**	237-16

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7696-2025	**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
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 12585600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 4195200	448
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		OCTUBRE		$ 4195200	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	NOVIEMBRE	$ 4195200
3	DICIEMBRE	$ 4058400
4	ENERO	$ 4332000
5	FEBRERO	$ 4195200
6	MARZO	$ 4195200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 29366400**	**$ 25171200**	**$ 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.	supermercado intermedio, Supermercados, establecimientos terminados, expendio de carne, restaurantes, operativos de alimentos, inducción lineamientos, muestreo de alimentos, plaza de mercado, depósitos de alimentos. fortalecimiento de capacidades en buenas practicas de manufactura, expendio de pescado, capacitación invima, publicidad, autorización expendio de carne, comedor comunitario.	supermercado intermedio 0, Supermercados 4, establecimientos terminados 0, expendio de carne 13, restaurantes 28, operativos de alimentos 4, inducción lineamientos 0, muestreo de alimentos 2, plaza de mercado, depósitos de alimentos. 0 fortalecimiento de capacidades en buenas practicas de manufactura 0, expendio de pescado 0, capacitación invima 0, publicidad 0, autorización expendio de carne 0, comedor comunitario 0.
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.	No aplica para el período a certificar	No aplica para el período a certificar
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.	no se programó esta actividad para el mes a certificar	no se programó esta actividad para el mes a certificar
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.	Entrega de soportes físicos actas de IVC y actas de reunión de acuerdo a la Línea de intervención, productos presentados con atributos de calidad, oportunidad y veracidad total de metas programadas	Actas de IVC, listados de reuniones, cronograma de actividades

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	se realiza el cronograma del mes de ABRIL; se retroalimenta el mes de MARZO.	cronograma proyección mes de ABRIL y se retroalimenta mes de MARZO en drive
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).	No se asignan derechos o solicitudes para el período	No se asignan derechos o solicitudes para el período
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 aplica para el período a certificar	No aplica para el período a certificar
8	Dar cumplimiento con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	No aplica para el período a certificar	no se programó esta actividad para el mes a certificado
9	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	Asistir a las capacitaciones y reuniones de los convenios PIC	Listados de asistencias, Drive y plataformas de capacitación

© Siasur - 2026

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	1080456367	-		
2026	FEBRERO	2026	03	15				

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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		COMPENSAR		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SURA		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	3900150222

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RAMIRO ANDRES FLOREZ ORTIZ	2026-03-24 11:51:40
RECHAZADO SUPERVISOR	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	2026-03-24 12:00:18
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RAMIRO ANDRES FLOREZ ORTIZ	2026-03-24 13:12:34
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RAMIRO ANDRES FLOREZ ORTIZ	2026-03-24 13:16:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	2026-03-24 13:30:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-03-25 13:13:03
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	2026-04-13 16:46:53

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 - 2026

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-03-15, 09:08:39 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080456367

Periodo Cotización 202602 **Periodo Servicio** 202602

Cliente:

PAGADA 2026-03-15 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	RAMIRO ANDRES FLOREZ ORTIZ				
Documento	CC 13874092	**Dirección**	CARRERA 79 D N 10 D 95		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3008286228		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 13874092		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					FLOREZ ORTIZ RAMIRO ANDRES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**						**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.678.080	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	CCF24	0,6 %	$ 1.678.080	$ 10.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 10.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 551.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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	
Pago 001	347252	11/26/2025 12:04:00 PM *((UTC-05:00) Bogota, Lima, Quito)*	-	4,195,200 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DOC-CTO-7696-2025.zip	DOC-CTO-7696-2025.zip	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro octubre CTO - 7696 - 2025 .pdf	Cuenta de cobro octubre CTO - 7696 - 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro noviembre CTO - 7696 - 2025.pdf	Cuenta de cobro noviembre CTO - 7696 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro diciembre CTO - 7696 - 2025.pdf	cuenta de cobro diciembre CTO - 7696 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro enero CTO - 7696 - 2025.pdf	cuenta de cobro enero CTO - 7696 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 7696 2025.pdf	PS 7696 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7696 2025.pdf	AD 2 PS 7696 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro febrero CTO - 7696 - 2025.pdf	cuenta de cobro febrero CTO - 7696 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

c9vH0kvrNb

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

RAMIRO ANDRES FLOREZ ORTIZ

13874092

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

24 de marzo de 2026

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

SMART SUR

BOGOTÁ

12:16 76

co ión, el acompañamiento institucional y el entorno organizacional. Su propósito es generar información confiable que oriente la toma de decisiones y la implementación de acciones de mejora a nivel institucional y distrital, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2026-03-24 12:15:17**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL
SOPORTE TÉCNICO

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental.
Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co

tar.serviciocivil.gov.co