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:**	2026-06-01	**Hasta:**	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON		**Número de Documento:**	1024550727	
Correo Electrónico:	yeyebeltran5@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105566522	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7518-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 4 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
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	8	29800	$5721600	104.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5721600**	**CINCO MILLONES SETECIENTOS VEINTIUN MIL SEISCIENTOS 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	$ 5483200	1889
2	2026-01-02	2026-03-31	2	$ 16449600	3
3	2026-03-02	2026-04-30	3	$ 5483200	448
4	2026-04-15	2026-05-31	4	$ 8940000	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	$ 6675200	1045
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	OCTUBRE	$ 5483200
2	NOVIEMBRE	$ 5483200
3	DICIEMBRE	$ 5304400
4	ENERO	$ 5662000
5	FEBRERO	$ 5483200
6	MARZO	$ 7301000
7	ABRIL	$ 7122200
8	MAYO	$ 6675200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10966400	**$ 53997600**	**$ 48514400**	**$ 5483200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Investigación epidemiológica de campo (IEC), brotes y/o socio epidemiológica eventos de interés en salud pública, garantizando la oportunidad y calidad del producto.	-Se realizó horas adicionales en el ERI con asignacion de 1 IEC en el subsistema transmisibles evento 800 para el dia 19/06/2026	- Envio correo electronico IEC preliminar
2	Realizar depuración, consolidación, ajuste y retroalimentación de la información contenida en las bases de datos con el fin de ValiDar la calidad de la información notificada y consolidada en vigilancia en salud pública	--Se realiza revision de XLS de manera semanal los dias miercoles de los eventos de interes en salud publica con el fin de verificar calidad, oportunidad en el cargue, junto con el diligenciamiento de PNS acumulado semanal.	-Carpeta XLS PNS acumulado

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	Participar en acciones de socialización, articulación, sensibilización y capacitación tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notificación.	-Se realiza de manera semanal los dias viernes socializacion con las UPGD que presentan errores en el cargue sivigila web 4.0 en el ingreso de los eventos individuales y colectivos	-Carpeta socialización acta y errores semanales
4	Analizar la información y tomar decisiones para el cumplimiento de las acciones con calidad y oportunidad contribuyendo a la consolidación y análisis de los indicadores.	-Realización de Registro V8 con el fin de realizar PNS y verificar UPGD que presenten BAI negativa por 3 o mas semanas epidemiologicas	-Carpeta BAI NEGATIVA y carpeta registro V8
5	Realizar cruces de información y articulación con diferentes fuentes que permitan fortalecer la coherencia de la información producida en vigilancia en salud pública.	-Articulacion con los subsistemas Transmisibles, UYE y Enfermedades huerfanas con el fin de identificar eventos presentados	-Carpeta Articulaciones
6	Realizar canalización a los usuarios a los que se les identifique algún riesgo vital, según competencia.	-Se realizo 1 canalizacion gestante sin vacunacion	-Formato canalizacion

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar acompañamientos técnicos y/o fortalecimientos a las Unidades Primarias Generadoras de datos de la Subred y Unidades Informadoras que conforman la red de operadores de Vigilancia en Salud Pública y/o entrenamientos a vigías/gestores comunitarios en salud para la conformación de la Red Epidemiológica de Vigilancia Comunitaria ReVcom.	-Se realizo fotalecimiento SIVIGILA el dia 25/06/2026 con las UPGD - UI de la Subred Sur de manera virtual	-Acta fortalecimiento tecnico
8	Convocar, organizar, reportar y Realizar todas y cada una de las actividades de alistamiento para el desarrollo de las Unidades de Análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten y que sea requeridos por La Secretaria Distrital de Salud.	-No se realiza actividad en el periodo certificado	-No se realiza actividad en el periodo certificado
9	Planeación ejecución y análisis del comité local de vigilancia COVE y COVECOM según necesidad y cronogramas dispuestos en los documentos operativos.	-Se realizo participación en COVE LOCAL para las localidades de Ciudad Bolivar, Tunjuelito, Usme y Sumapaz el dia 17/06/ 2026 en la USS CANDELARIA,	-Acta y listado en carpeta COVE
10	Realizar la Búsqueda Activa Institucional de los eventos de interés en salud pública suguiendo las directrices dadas por secretaria para cada subsistema	-Se realiza BAI para la unidad MARIA DEL ROSARIO TRIANA en base de potenciales operadores de RED	-Carpeta AMPLIACIONES DE RED

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Ejecutar la disponibilidad para la atención de eventos transmisibles, urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique los documentos operativos del proceso integral e integrado de la vigilancia de la salud pública.	-Se realizó horas adicionales con la intervención de 6 brotes en el ERI para el dia 03/06/2026, 08/06/2026 y 16/06/2026 (sitrep y censo de contactos)	-Envio correo electronico desde el subsistema ERI
12	Generar la informacion epidemiologica necesaria para la elaboracion y la actualizacion del diagnostico distrital y local, segun instrucciones establecidas por los entes rectoriales. Evaluar los indicadores de calidad, cobertura y oportunidad, de los certificados de nacido vivo y defunción y Realizar articulación con los subsistemas de Vigilancia en Salud Pública, identificando en las bases de datos del aplicativo RUAF ND V2 los eventos de interés en Salud Pública.	-Se realizo articulacion con EEVV el dia 07/06/2026	-Carpeta Articulaciones

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	Generar los informes correspondientes teniendo en cuenta la distribucion geografica, por grupos poblacionales y grupos diferenciales con enfoque de equidad y en el tiempo, de los eventos de salud y enfermedad de la poblacion, describiendo y analizando el contexto en el que estos se producen de forma oportuna, acertada y responsable con base en en los sistemas de informacion disponible, de forma oportuna y de calidad.	-se ejecuta actividad del visor mensual con corte a semana 20 para verificar el comportamiento de los EISP comparativo 2025-2026 el cual fue enviado el 10/06/2026 correspondiente a la revision del mes de mayo 2026	-Carpeta Visor
14	Asegurar la entrega y administración oportuna de medicamentos con las indicaciones pertinentes para cada usuario, en estricto cumplimiento de los protocolos establecidos. Se debe actualizar de forma inmediata el kardex y entregar los consentimientos. Generar la devolución diaria de todos los medicamentos e insumos no utilizados.	-Se diligencia kardex del susbistema transmisibles para el evento tosferina con entrega de 3 cajas de azitromicina 500 mg	-Kardex

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
15	Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud	-se realizo uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo -	-uso optimo de computador, papelería, teclado y demás insumos del anexo 8.
16	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Se realiza retraolimentacion de archivos de correspondencia SIANIEPS de las UPGD pertenecientes a la Subred Sur h	https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/sivigilasur_subredsur_gov_co/IgDqX8DyAfcXTIWqaybnerPkAfSVzK

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	$ 6675200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85250468	-		
2026	MAYO	2026	06	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		SEIS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA 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	$ 2670080	$ 427213	**$ 427300**
Salud		COMPENSAR EPS		$ 333760	**$ 333800**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 65043	**$ 65300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 774911**	**$ 826400**

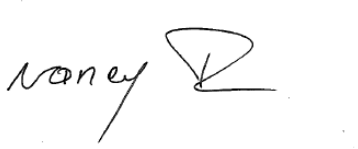
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550488407150173

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	2026-07-01 11:09:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2026-07-01 15:48:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-07-01 16:45:56

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

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	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
92903871	25/06/2026	93116299	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	$2,670,080	$128.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	47.700	0		0		0	26	1.000	0	48.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	61.100	0	0	0	0	26	1.200	0	62.300	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	9.300				9.300	26	200	9.500			93	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.700	26	200	7.900	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	26	0	0	0
ICBF				
0	26	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	47.700	48.700
Pensión	1	61.100	62.300
Riesgos Laborales	1	9.300	9.500
CCF	1	7.700	7.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	125.800	128.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
92903871	25/06/2026	93116299	01/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	$2,670,080	$128.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excepción	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1024550727	BELTRAN CHACON JEIMY IVONE	57	0			N								X									230301	2.670.080	30	427.300	0	0	0	0	EPS008	2.670.080	30	333.800	14-11	2.670.080	30	3	65.100	CCF24	2.670.080	30	53.500	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
85250468	11/06/2026	92903871	25/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	$2,288,640	$32.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	11.900	0		0		0	20	200	0	12.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	15.200	0	0	0	0	20	300	0	15.500	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	2.300				2.300	20	100	2.400			23	2.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	1.900	20	100	2.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	11.900	12.100
Pensión	1	15.200	15.500
Riesgos Laborales	1	2.300	2.400
CCF	1	1.900	2.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	31.300	32.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
85250468	11/06/2026	92903871	25/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	$2,288,640	$32.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenvado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1024550727	BELTRAN CHACON JEIMY IVONE	57	0			N																	230301	2.288.640	30	366.200	0	0	0	0	EPS008	2.288.640	30	286.100	14-11	2.288.640	30	3	55.800	CCF24	2.288.640	30	45.800	0	0	0	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85250468	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,193,280	$726.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	274.200	0		0		0	6	1.300	0	275.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	351.000	0	0	0	0	6	1.600	0	352.600	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	53.500				53.500	6	300	53.800			535	53.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.900	6	200	44.100	1

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	274.200	275.500
Pensión	1	351.000	352.600
Riesgos Laborales	1	53.500	53.800
CCF	1	43.900	44.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	722.600	726.000

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024550727	JEIMY IVONE BELTRAN CHACON	transversal 73G # 66-16 sur	7193881	yeyebeltran5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85250468	11/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$2,193,280	$726.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1024550727	BELTRAN CHACON JEIMY IVONE	57	0			N																	230301	2.193.280	30	351.000	0	0	0	0	EPS008	2.193.280	30	274.200	14-11	2.193.280	30	3	53.500	CCF24	2.193.280	30	43.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JEIMY IVONE BELTRAN CHACON identificado(a) con Cedula Ciudadania 1024550727, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20201211	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 10 días del mes de Junio de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
32626884

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

ARL

Medellin, 16 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **JEIMY IVONE BELTRAN CHACON** con documento de identidad **C1024550727**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE** con NIT **N900958564**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2023-06-02	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 8:35:30
JEIMY IVONE BELTR...

Configuraciones del usuario
jeimy ivone beltran chacon
CAT: 0708869

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

30 Jun, 2026(UTC -5) 8:35:30

Salir

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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

Cancelar | < | Evaluac

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 OCTUBRE CTO 7518-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7518-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 7815-2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7815-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 7518-2025.pdf	CUENTA ENERO CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 7518-2025.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de Vida.zip	Hoja de Vida.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 7518-2025.pdf	CUENTA MARZO CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 2 PS 7518 2025.pdf	AD 2 PS 7518 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 7518-2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AD 3 PS 7518 2025.pdf	AD 3 PS 7518 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL_SURA_1024550727_CTO 7518-2025.pdf	ARL_SURA_1024550727_CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 7518-2025.pdf	CUENTA MAYO CTO 7518-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < | Evaluación de la Entidad Estatal | >