

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
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 Pertenecer:	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	Procentaje(%) 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
4	2026-04-15	2026-05-31	4	\$ 4195200	803
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 4195200	1045

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	OCTUBRE	\$ 4195200	
2	NOVIEMBRE	\$ 4195200	
3	DICIEMBRE	\$ 4058400	
4	ENERO	\$ 4332000	
5	FEBRERO	\$ 4195200	
6	MARZO	\$ 4195200	
7	ABRIL	\$ 4195200	
8	MAYO	\$ 4195200	
9	JUNIO	\$ 4195200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 8390400	\$ 37756800	\$ 37756800	\$ 0
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 5 actas completa y correctamente diligenciadas de IVC a catering, 14 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 sivilga.	-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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 sivilga.	-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 julio y retroalimentación de cronograma del mes de junio según programación.	-Se realiza cronograma mensual del mes de julio y retroalimentación de cronograma del mes de junio 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.
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, planta y seguimientos a vehículos transportadores de alimentos.	-Actas de IVC catering , planta 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9504806826	-		\$ 4195200
2026	MAYO	2026	06	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA 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	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 282100
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 220400
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 43000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 545500

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	2026-06-21 20:11:44
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		KEVIN DAVID POVEDA MORALES	2026-06-21 20:47:01
ACEPTADO SUPERVISIÓN		VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ	2026-06-26 13:41:24
ACEPTADO CONTRATACIÓN		MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-06-26 17:42:06
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	2026-07-14 19:42:35

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

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
2026-05	2026-05	383038988	9504806826	I	2026/06/02	2026/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	9	\$580,900

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)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1023031706	POVEDA KEVIN	230301	30	\$ 1,750,905	\$280,200	EPS008	30	\$ 1,750,905	\$218,900	CCF24	30	\$ 1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$ 1,750,905	\$42,700	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

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
2026-05	2026-05	383038988	9504806826	I	2026/06/02	2026/06/11	BANCO CAJA SOCIAL	9	\$580,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,900	\$0	\$282,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,900	\$0	\$282,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,100	\$300	\$0	\$35,400	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$35,100	\$300	\$0	\$35,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,500	\$0	\$220,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$218,900	\$1,500	\$0	\$220,400	
TOTAL				1	\$576,900	\$4,000	\$0	\$580,900	

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

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) KEVIN DAVID POVEDA MORALES identificado(a) con Cedula Ciudadania 1023031706, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20221004	0

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 21 días del mes de Junio de 2.026

Observaciones:

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 multifiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-AFI 32713560

Medellin, 21 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **KEVIN DAVID POVEDA MORALES** con documento de identidad **C1023031706**, 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
2023-01-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCI AL	0000000 001	3	2.436	EN COBERTURA

- Medellín 604 4444578
- Bogotá 601 4055911
- Cali 602 3808938
- Pereira 606 3138400

- Manizales 606 8811280
- Bucaramanga 607 6917938
- Cartagena 605 6424938
- Barranquilla 605 3197938

- Líneas de atención 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- Línea de conciliación ARL 3103157562
- sura.co/arl