| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-08-01 | **Hasta:** | 2026-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ROBINSON BELTRAN VELASQUEZ | | **Número de Documento:** | 1073320121 | |
| **Correo Electrónico:** | robbeltranv@gmail.com.co | | **Número Telefónico:** | 3022400837 | |
| **Nombre del Supervisor:** | VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ | **Cargo:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 237-16 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4056-2026 | **Año Contrato:** | 2026 | **CDP Contrato Inicial:** | 3 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 1 PIC | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **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 | 105 | 26300 | $7600700 | 157.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7600700** | **SIETE MILLONES SEISCIENTOS MIL SETECIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2026-02-24 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2026-03-31 |

| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2026-03-02 | 2026-04-30 | 1 | $ 14517600 | 448 |
| 2 | 2026-04-15 | 2026-05-31 | 2 | $ 0 | 0 |
| 3 | 2026-05-15 | 2026-06-30 | 3 | $ 0 | 0 |
| 4 | 2026-07-01 | 2026-07-31 | 4 | $ 5787741 | 1358 |
| 5 | 2026-08-01 | 2026-08-31 | 5 | $ 6049000 | 1471 |


***© Siasur - 2026***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | FEBRERO | $ 1130900 |
| 2 | MARZO | $ 4208000 |
| 3 | ABRIL | $ 4839200 |
| 4 | MAYO | $ 5365200 |
| 5 | JUNIO | $ 5891200 |
| 6 | JULIO | $ 6049000 |
| 7 | AGOSTO | $ 7600700 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5968359** | **$ 32322700** | **$ 35084200** | **$ -2761500** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar y/o acompañar visitas de inspección, vigilancia y control sanitario, toma y envío de muestras (si fuera necesario), operativos, en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada que le sean designadas, apoyar las jornadas de vacunación canina y felina a las que sea requerido, y afines al perfil profesional químico farmacéutico, 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 (sds), brindando asesoría técnica a la comunidad en normatividad sanitaria vigente, garantizando el cumplimiento de las metas asignadas por la institución. | -42 Visitas de IVC a farmacias droguerias y/o droguerias. - 2 Visitas de IVC a tiendas naturistas - 2 IVC A ESTABLECIMIENTOS NO FARMACÉUTICOS -7 Operativos 1- muestro 1 Reuniones SDS y línea subred Sur -1 Muestreo Microbiologico | -se hace entrega de 54 actas en fisico |
| 2 | 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. | --para el mes de Julio del 2026 no se presentaron informes. | -No aplica |
| 3 | Apoyar 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 cumplio con la totalidad del cronograma del mes de julio 2026. y se proyecto el del mes de agosto 2026. | -soporte magnetico |
| 4 | Realizar 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 presentaron PQRS en el periodo | -No aplica |


***© Siasur - 2026***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | Apoyar 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. | -para este mes no fueron asignadas acciones correctivas. | -No aplica |
| 6 | Realizar con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e. | -se certificaron 105 adiconales | -No aplica |
| 7 | Apoyar al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | --Se realizo gestion documental a las actas entregadas por el lider de linea. | -No aplica |
| 8 | Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa. | --se asistio a la reunion de linea con el lider y SDS | -Acta de asistencia |


***© 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 | $ 6049000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 94710328 | - | | |
| 2026 | JULIO | 2026 | 08 | 31 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | SEIS MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL PESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 2419600 | $ 387136 | **$ 394600** |
| Salud | | COMPENSAR EPS | | $ 302450 | **$ 308300** |
| ARL | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | $ 58941 | **$ 60200** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 702216** | **$ 763100** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 04174650247 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ROBINSON BELTRAN VELASQUEZ | 2026-08-29 11:54:17 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | VICTOR MANUEL VARGAS GOMEZ | 2026-08-30 12:23:15 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2026-08-30 16:19:04 |
| 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 | 2026-09-15 13:59:11 |

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***

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 | 1073320121 | ROBINSON BELTRAN VELASQUEZ | CRA 46 No 69 D 27 SUR | 3022400837 | ROBBELTRANV@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 |
| | | 95447277 | 28/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $957.800 | |

## 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 | 380.200 | 0 | | 0 | | 0 | 24 | 6.800 | 0 | 387.000 | 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 | 486.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 8.700 | 0 | 495.300 | 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 | 74.100 | | | | 74.100 | 24 | 1.400 | 75.500 | | | 741 | 75.500 | 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 | 24 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 24 | 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 | 380.200 | 387.000 |
| Pensión | 1 | 486.600 | 495.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 74.100 | 75.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 940.900 | 957.800 |

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 | 1073320121 | ROBINSON BELTRAN VELASQUEZ | CRA 46 No 69 D 27 SUR | 3022400837 | ROBBELTRANV@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 |
| | | 95447277 | 28/09/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-08 | 2026-08 | I | $0 | $957.800 | |

## 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 1073320121 | BELTRAN VELASQUEZ ROBINSON | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | | 230301 | 3.041.000 | 30 | 486.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.041.000 | 30 | 380.200 | 14-11 | 3.041.000 | 30 | 3 | 74.100 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

¡Hola, Robinson Beltrán Velázquez !

Estado de la Transacción: Aprobada

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** $ 957.800,00

**Empresa:** COMPENSAR-OI

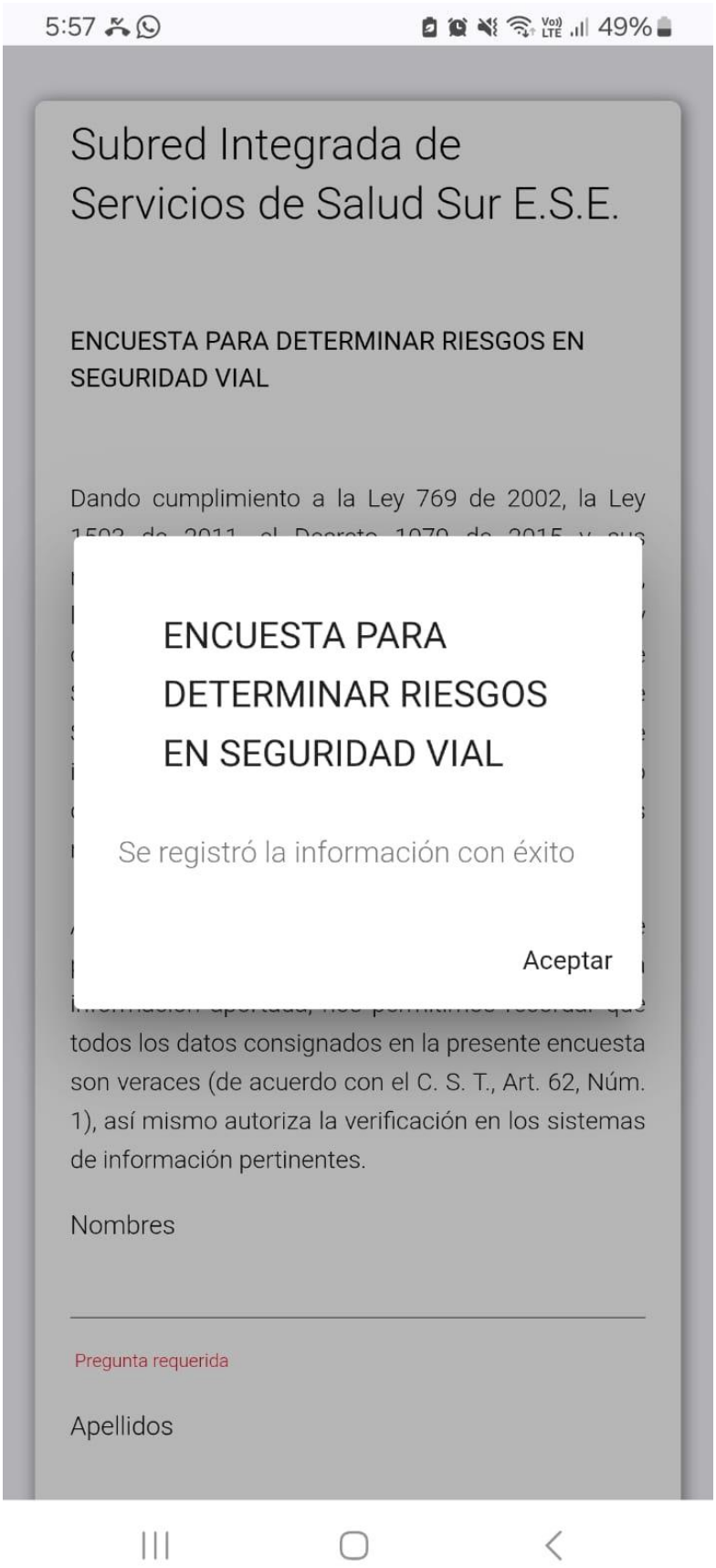
**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

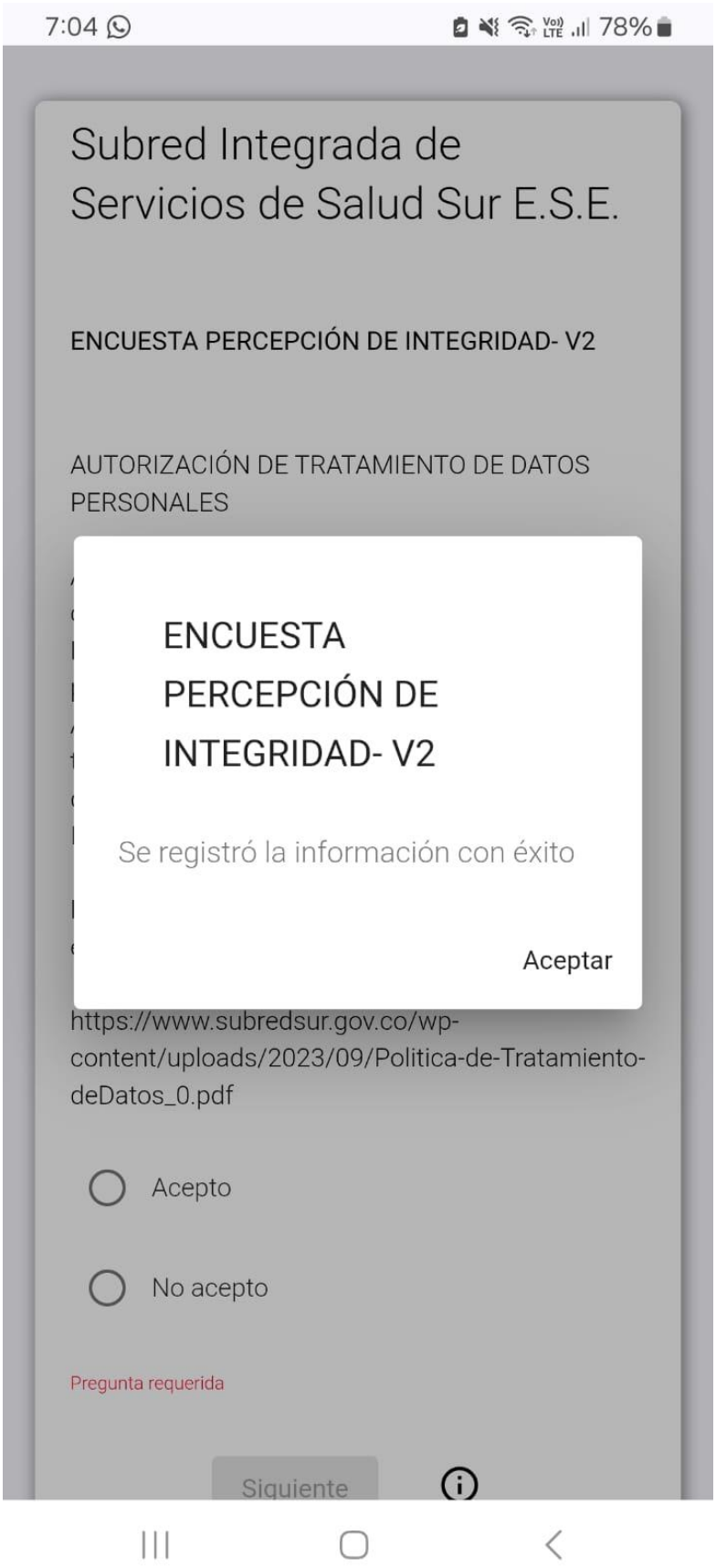
**Fecha de la transacción:** 26/09/2026

**CUS:** 686124917

Gracias por utilizar nuestro servicio.




5:57
49%
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL
Dando cumplimiento a la Ley 769 de 2002, la Ley
ENCUESTA PARA DETERMINAR RIESGOS EN SEGURIDAD VIAL
Se registró la información con éxito
Aceptar
todos los datos consignados en la presente encuesta son veraces (de acuerdo con el C. S. T., Art. 62, Núm. 1), así mismo autoriza la verificación en los sistemas de información pertinentes.
Nombres
Pregunta requerida
Apellidos


7:04
78%
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2
AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES
ENCUESTA PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD- V2
Se registró la información con éxito
Aceptar
https://www.subredsur.gov.co/wp-content/uploads/2023/09/Politica-de-Tratamiento-deDatos_0.pdf
Acepto
No acepto
Pregunta requerida
Siguiente

7qUfIk7vca

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

## ROBINSON BELTRAN VELASQUEZ

## 1073320121

---

**Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:**

## INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

**con una intensidad horaria de 40 horas.**

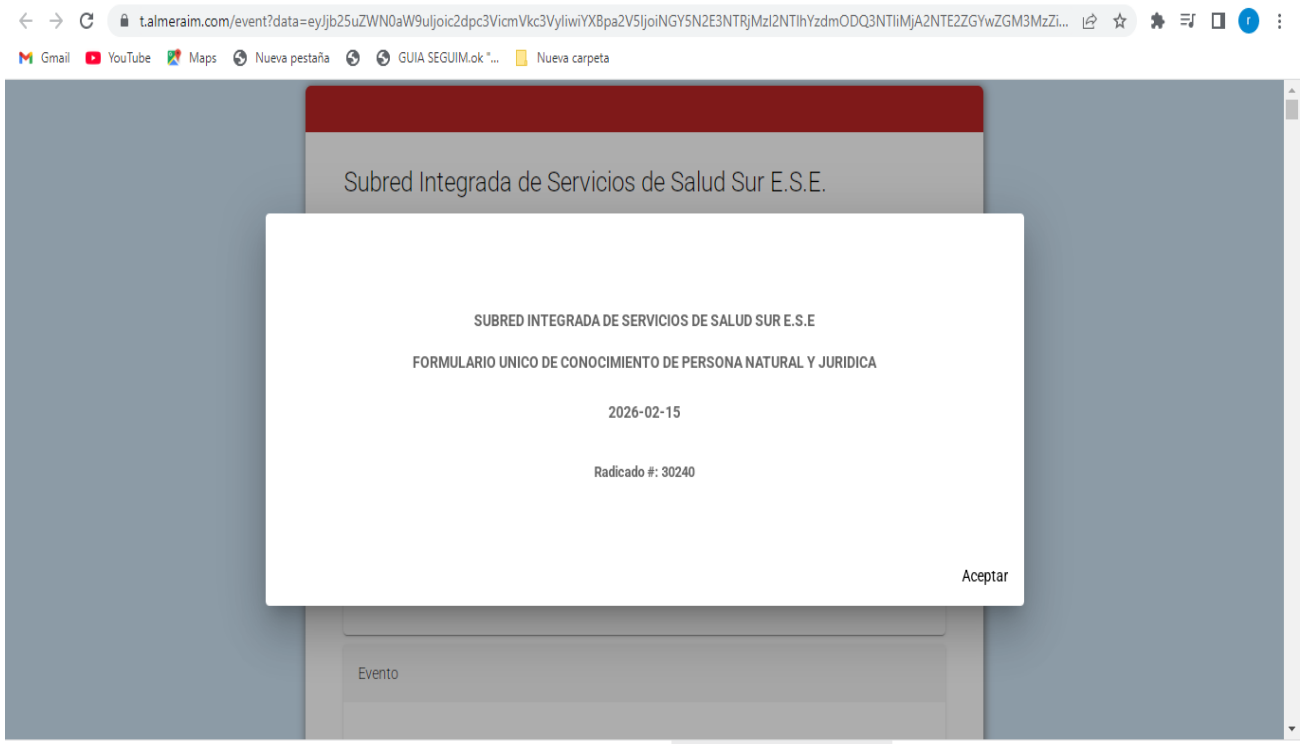
**Para constancia se expide:**

**13 de septiembre de 2026**

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

SMART SUR

BOGOTÁ


t.almeraim.com/event?data=eyJjb25uZWN0aW9uIjoic2dpc3VicmVkc3VyIiwiYXBpa2V5IjoiNGY5N2E3NTRjMzI2NTIhYzdmODQ3NTliMjA2NTE2ZGYwZGM3MzZi...
Gmail
YouTube
Maps
Nueva pestaña
GUIA SEGUIM.ok "...
Nueva carpeta
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
FORMULARIO UNICO DE CONOCIMIENTO DE PERSONA NATURAL Y JURIDICA
2026-02-15
Radicado #: 30240
Aceptar
Evento

Medellín, 22 de septiembre de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ROBINSON BELTRAN VELASQUEZ identificado(a) con C1073320121 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10733201212626575670

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11