

|                                                                                   |                                                   |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |                                                                        |                                                |                          |  |                    |                               |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                                   |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Periodo a Certificar:                                                             | Desde:                                            | 2024-06-01                                                             |                                                | Hasta:                   | 2024-06-30                                                                          |                    |                               |
| Nombre del Contratista:                                                           | SANDRA BIBIANA VELASQUEZ MENDOZA                  |                                                                        |                                                | Número de Documento:     | 52856130                                                                            |                    |                               |
| Correo Electrónico:                                                               | bibianatrabajosocial@hotmail.com                  |                                                                        |                                                | Número Telefónico:       | 3205673854                                                                          |                    |                               |
| Nombre del Supervisor:                                                            | ERICA LICET OSPINA ORTIZ                          | Cargo:                                                                 | PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO) |                          | Código Grado:                                                                       | -                  |                               |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                                   |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| No. Contrato:                                                                     | 4981-2024                                         | Año Contrato:                                                          | 2024                                           | CDP Contrato Inicial:    | 1428                                                                                |                    |                               |
| Perfil:                                                                           | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC                   |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Dirección a la que Pertenece:                                                     | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD          |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Unidad de Servicios:                                                              | SALUD PÚBLICA                                     |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS                                                          |                                                   |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Centro de Costos                                                                  | Dirección                                         | Unidad                                                                 | Número Horas                                   | Número Horas Adicionales | Valor Hora                                                                          | Total              | Procetaje(%) Centro de Costos |
| K28PI                                                                             | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD          | SALUD PÚBLICA                                                          | 184                                            | 0                        | 21729                                                                               | \$3998136          | 100%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 3998136                                        | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                               |                                                   |                                                                        |                                                |                          |                                                                                     |                    |                               |
| Fecha de Inicio del Contrato                                                      | 2024-06-01                                        |                                                                        | Fecha de Terminación del Contrato Inicial      |                          |                                                                                     | 2024-07-31         |                               |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                                               | Mes Cuenta de Cobro                               |                                                                        | Valor a Pagar                                  |                          |                                                                                     |                    |                               |
| 1                                                                                 | JUNIO                                             |                                                                        | \$ 3998136                                     |                          |                                                                                     |                    |                               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                        | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                          |                                                                        | PAGOS REALIZADOS                               |                          |                                                                                     | SALDO DEL CONTRATO |                               |
| \$ 7996272                                                                        | \$ 7996272                                        |                                                                        | \$ 3998136                                     |                          |                                                                                     | \$ 3998136         |                               |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                              | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA                             |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1                                                       | 1. Promover en niños, niñas, adolescentes, sus familias, padres y/o cuidadores, el uso de herramientas que fomenten practicas de auto-cuidado .                                                                                                              | -34 MONITOREOS NNA, 30 ASESORIAS DE PRIMERA Y 6 DE SEGUNDA NNA             | -FORMATOS NNA                                    |
| 2                                                       | 2.monitorear el proceso de desvinculacion de niños, niñas y adolescentes o trabajo protegido en adolescentes trabajadores y realizar seguimiento a la desvinculacion de las peores formas de trabajo en niños, niñas y adolescentes previamente intervenidos | -34 MONITOREOS NNA                                                         | -FORMATOS NNA                                    |
| 3                                                       | 3. realizar asesorias a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes trabajadores para el reconocimiento y definicion de roles.                                                                                                                      | -34 MONITOREOS NNA, 30 ASESORIAS DE PRIMERA Y 6 DE SEGUNDA NNA             | -FORMATOS NNA                                    |
| 4                                                       | 4. realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activacion de ruta a los riesgos identificados en las acciones desarrolladas.                                                                                                              | -CANALIZACIONES DERIVADAS DE ASESORIAS NNA                                 | -CANALIZACIONES                                  |
| 5                                                       | 5. Monitorear la conformacion y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias                                                                                                                                                                             | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO                           | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO |
| 6                                                       | 6. desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud.                                                                                                                                                                                   | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO                           | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO |
| 7                                                       | 7. realizar asesorias para la promocion del autocuidado                                                                                                                                                                                                      | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO                           | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO |
| 8                                                       | 8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o instrumentos                                                                                                                                                 | -DILIGENCIAMIENTO FORMATOS NNA                                             | -FORMATOS NNA                                    |
| 9                                                       | 9. desarrollar sesiones colectivas para la promocion del autocuidado                                                                                                                                                                                         | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO                           | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO |
| 10                                                      | 10. Realizar asesoria psicosocial en unidades de trabajo informal de alto, mediano y bajo impacto                                                                                                                                                            | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO                           | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO |
| 11                                                      | 11 reconocer la labor de la mujer por el cuidado de la salud.                                                                                                                                                                                                | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO                           | -NO SE REALIZA ACTIVIDAD EN EL PERIODO REPORTADO |
| 12                                                      | 12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.                                                                                                                                             | -ENTREGA DE FORMATOS NNA CON INTERVENCIONES REALIZADAS                     | -FORMATOS NNA                                    |
| 13                                                      | 13. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                                        | -REUNIONES E INDUCCIONES POR PARTE DEL ENTORNO Y SDS                       | -ACTAS Y LISTADOS DE ASITENCIA                   |

| 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 |           | \$ 3998136     |
| AÑO                                                     | MES  | AÑO           | MES | DÍA | 9467550261                                                             | -                          |                                                  |           |                |
| 2024                                                    | MAYO | 2024          | 06  | 12  |                                                                        |                            |                                                  |           |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |      |               |     |     | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS |                            |                                                  |           |                |
| Item                                                    |      |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |           | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |      |               |     | NO  | PROTECCIÓN                                                             | \$ 1599254                 | \$ 255881                                        | \$ 255900 |                |
| Salud                                                   |      |               |     |     | SÁNITAS                                                                |                            | \$ 199907                                        | \$ 200000 |                |
| ARL                                                     |      |               |     | 3   | SURA                                                                   |                            | \$ 38958                                         | \$ 39000  |                |
| Caja de Compensación                                    |      |               |     | NO  |                                                                        | Total                      | \$ 464136                                        | \$ 494900 |                |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                       |                |         |                  |            |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870405414 |

| HISTÓRICO                                                                                                                              |                                  |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            | USUARIO                          | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    | SANDRA BIBIANA VELASQUEZ MENDOZA | 2024-06-26 20:24:55 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   | ERICA LICET OSPINA ORTIZ         | 2024-06-27 08:08:07 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO        | 2024-06-27 12:27:32 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA   | 2024-07-17 11:16:22 |

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.



ERICA LICET OSPINA ORTIZ  
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)