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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	ADRIANA DEL PILAR RODRIGUEZ RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	1068973321	
Correo Electrónico:	PILYADRI88@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3057451670	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	**Código - Grado:**	237-15

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7325-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
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		2024-10-19		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-31	1	$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3998136	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 1999068
2	NOVIEMBRE	$ 3998136

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 5997204**	**$ 7996272**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. realizar asesorias a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes para la promocion de la salud y la prevencion de enfermedades	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR	NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR
2	2. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud en las poblaciones priorizadas	-SE REALIZA SENSIBILIZACION DE MANERA INDIVIDUAL	-SEGUN NECESIDAD Y PATOLOGIA DE BASE.
3	3. identificar las condiciones de salud en la población y orientar en la prevencion de enfermedades.	-SE REALIZA SENSIBILIZACION DE MANERA INDIVIDUAL	-SEGUN NECESIDAD Y PATOLOGIA DE BASE
4	4. realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activacion de ruta a los riesgos identificados en las acciones desarrolladas.	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR
5	5. desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud.	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR
6	6. aplicar pruebas rapidas de vih y sifilis a poblacion priorizada	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR	-NO SE REALIZA ESTA ACTIVIDAD EN EL PERIODO A CERTIFICAR
7	7. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o instrumentos	-FORMATOS DE UTIS DE MEDIANA COMPLEJIDAD, ALTA COMPLEJIDAD Y SEGUIINETO A NIÑOS EN UTIS.	-DE MANERA LEGIBLE SIN ENMENDADURAS.
8	8. realizar aplicacion de tamizajes para la identificacion oportuna de enfermedades de acuerdo con los factores de riesgo identificados	-SE REALIZA APLICACION DE TAMIZAJES A USUARIOS REFGISTRADOS EN LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE LA INFORMACION	FRINDRISC, OMS Y EPOC.
9	9. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental.	-ENTREGA DE LOS SOPORTES	-ENTREGA OPRTUNA EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS DE FORMATOS DE RECOLECCIN DE LA INFORMACION, TAMIZAJES.
10	10. Acciones colectivas para promover la desvinculación de las peores formas de trabajo infantil.	-SOCIALIZACION DE LA IMORTANCIA DE LA REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA Y PREVENCION DEL ABUSO SEXUAL.	-FICHA TECNICA DE LA REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA Y PREVENCION DEL ABUSO SEXUAL.
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PARTICIPACIÓN EN ASISTENCIAS TÉCNICAS DEMAS QUE SEAN PROGRAMADAS.	-PARTICIPACIÓN EN ASISTENCIAS TÉCNICAS DEMAS QUE SEAN PROGRAMADAS.

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	$ 1999068
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9475970380	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**18**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 257900**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 201600**
ARL	3	POSITIVA		$ 31668	**$ 39400**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 498900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	049723617

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA DELPILAR RODRIGUEZ RODRÍGUEZ	2024-11-24 15:34:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YANETH ESCOBAR	2024-11-25 14:25:35
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-25 16:44:16
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	2024-12-11 11:38:45

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.

HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

© Siasur - 2024