

|                                                                                   |                                                   |                                                           |              |                          |                                                                                     |           |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                           |              |                          |                                                                                     |           |                                |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |                                                           |              |                          |  |           |                                |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                                   |                                                           |              |                          |                                                                                     |           |                                |
| Periodo a Certificar:                                                             | Desde:                                            | 2024-12-01                                                | Hasta:       | 2024-12-31               |                                                                                     |           |                                |
| Nombre del Contratista:                                                           | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS                 |                                                           |              | Número de Documento:     | 1000016686                                                                          |           |                                |
| Correo Electrónico:                                                               | yefersonestibetr@gmail.com                        |                                                           |              | Número Telefónico:       | 3202775726                                                                          |           |                                |
| Nombre del Supervisor:                                                            | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO                          | Cargo:                                                    | ENFERMERO    | Código Grado:            | -                                                                                   | 243-20    |                                |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                                   |                                                           |              |                          |                                                                                     |           |                                |
| No. Contrato:                                                                     | 8056-2024                                         | Año Contrato:                                             | 2024         | CDP Contrato Inicial:    | 2537                                                                                |           |                                |
| Perfil:                                                                           | TECNICO 1 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     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K32PI                                                                             | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD          | SALUD PÚBLICA                                             | 184          | 15                       | 13372                                                                               | \$2661028 | 108.2%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 2661028                                        | DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y UN MIL VEINTIOCHOPESOS |              |                          |                                                                                     |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                     |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |                                                                                                                       |                                           |                                                           |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Fecha de Inicio del Contrato                            |                                                                                                                                                                                                                                               | 2024-11-18                                                                 |                                                                                                                       | 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                                                                                                                     | \$ 2687765                                | 2815                                                      |
| 2                                                       | 2024-11-01                                                                                                                                                                                                                                    | 2024-12-31                                                                 | 2                                                                                                                     | \$ 2687765                                | 2815                                                      |
| 3                                                       | 2024-12-01                                                                                                                                                                                                                                    | 2024-12-31                                                                 | 3                                                                                                                     | \$ 494749                                 | 2853                                                      |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                     |                                                                                                                                                                                                                                               | Mes Cuenta de Cobro                                                        |                                                                                                                       | Valor a Pagar                             |                                                           |
| 1                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               | NOVIEMBRE                                                                  |                                                                                                                       | \$ 1297084                                |                                                           |
| 2                                                       |                                                                                                                                                                                                                                               | DICIEMBRE                                                                  |                                                                                                                       | \$ 2661028                                |                                                           |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                               | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                   |                                                                                                                       | PAGOS REALIZADOS                          | SALDO DEL CONTRATO                                        |
| \$ 984148                                               |                                                                                                                                                                                                                                               | \$ 6854427                                                                 |                                                                                                                       | \$ 3958112                                | \$ 2896315                                                |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                               | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN |                                                                                                                       | PRODUCTO O EVIDENCIA                      |                                                           |
| 1                                                       | 1. Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública.                                                                       |                                                                            | --SE REALIZA INMUNIZACION A LA POBLACION ENCONTRADA DURANTE LA BAC SEGÚN ESQUEMA INCOMPLETO A LA EDAD                 |                                           | ---ENTREGA Y REGISTRO DE SOPORTES                         |
| 2                                                       | 2. registrar la información de la búsqueda activa comunitaria en los instrumentos y/o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.                                                                                |                                                                            | ---SE REALIZA INFORME DE BAC DE ACUERDO A LO NOTIFICADO EN EVENTOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA A DEMANDA              |                                           | ---ENTREGA DE SOPORTES DE BAC                             |
| 3                                                       | 3. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad.                                                                                    |                                                                            | -SE REALIZA CANALIZACION A DIFERENTES RUTAS, A POBLACION IDENTIFICADA CON NECESIDADES DE ATENCION DURANTE LA BAC      |                                           | --ENVIO DE SOPORTES                                       |
| 4                                                       | 4. consolidar informes de bloqueos y búsquedas activas comunitarias por localidad.                                                                                                                                                            |                                                                            | ---REGISTRO DE FORMATOS DE ENTREGA DE BAC REALIZADOS CON DATOS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS DE INTERES EN SALUD PUBLICA |                                           | --ENTREGA DE SOPORTES                                     |
| 5                                                       | 5. asistir a comité programa ampliado de inmunizaciones local.                                                                                                                                                                                |                                                                            | --REUNION DE EQUIPO, COMITÉ PAI (1)                                                                                   |                                           | --LISTA DE ASISTENCIA                                     |
| 6                                                       | 6. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado. |                                                                            | ---NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO                                                            |                                           | --NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA                                      |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 7                                                       | 7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.                                                                                                  | --PARTICIPACION EN (1) REUNION DE EQUIPO MENSUAL                           | --LISTA DE ASISTENCIA                                     |
| 8                                                       | 8. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la Secretaria Distrital De Salud y a La Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E. | ---PARTICIPACION EN (1) ULC MENSUAL DE VSP                                 | ---LISTA DE ASISTENCIA                                    |
| 9                                                       | 9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                | --NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO                  | --NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |

| 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 |                     | \$ 1297084 |
| AÑO                                                     | MES                           | AÑO           | MES | DÍA            | 1068833607                                                     | -                          |                                                  |                     |            |
| 2025                                                    | NOVIEMBRE                     | 2024          | 12  | 13             |                                                                |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                               |               |     |                | UN MILLON DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL OCHENTA Y CUATROPESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                    |                               |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                        | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                              |                               |               |     | NO             | PORVENIR                                                       | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 90200            |            |
| Salud                                                   |                               |               |     |                | FAMISANAR                                                      |                            | \$ 177938                                        | \$ 70500            |            |
| ARL                                                     |                               |               |     | 3              | POSITIVA                                                       |                            | \$ 34676                                         | \$ 13800            |            |
| Caja de Compensación                                    |                               |               |     | NO             |                                                                | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 174500           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                               |               |     |                |                                                                |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                        |                            | Número de Cuenta                                 | 24124751659         |            |
| HISTÓRICO                                               |                               |               |     |                |                                                                |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |                               |               |     |                | USUARIO                                                        |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                               |               |     |                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS                              |                            |                                                  | 2024-12-14 10:30:16 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                               |               |     |                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS                              |                            |                                                  | 2024-12-14 17:50:17 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                               |               |     |                | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO                                       |                            |                                                  | 2024-12-15 11:50:27 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                               |               |     |                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS                              |                            |                                                  | 2024-12-15 20:22:03 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                               |               |     |                | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO                                       |                            |                                                  | 2024-12-16 08:17:25 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                               |               |     |                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS                              |                            |                                                  | 2024-12-16 09:34:57 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                               |               |     |                | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO                                       |                            |                                                  | 2024-12-16 10:00:15 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                               |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                      |                            |                                                  | 2024-12-16 16:54:37 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                               |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                      |                            |                                                  | 2024-12-17 15:04:27 |            |
| RECHAZADO CONTRATACIÓN                                  |                               |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                      |                            |                                                  | 2024-12-17 15:07:18 |            |

| HISTÓRICO                                                                                                                              |                                   |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            | USUARIO                           | FECHA               |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS | 2024-12-17 15:18:24 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS | 2024-12-17 15:18:31 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                | YEFERSON ESTIBET RODRIGUEZ VARGAS | 2024-12-17 15:19:39 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO          | 2024-12-17 17:15:48 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO         | 2024-12-17 18:40:07 |
| 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    | 2025-01-17 15:39:51 |

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**