

	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:	LUZ DARY MARTINEZ RAMIREZ		Número de Documento:	52241760	
Correo Electrónico:	luzdarymr13@hotmail.es		Número Telefónico:	3102125190	
Nombre del Supervisor:	HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15	Código Grado:	- 237-15

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	7304-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	2537
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	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
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	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	DICIEMBRE	\$ 3998136	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5997204	\$ 13993476	\$ 9995340	\$ 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 prácticas de auto-cuidado .	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificado	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificado
2	2.monitorear el proceso de desvinculación de niños, niñas y adolescentes o trabajo protegido en adolescentes trabajadores y realizar seguimiento a la desvinculación de las peores formas de trabajo en niños, niñas y adolescentes previamente intervenidos	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar
3	3. realizar asesorías a familias y acudientes de niños, niñas y adolescentes trabajadores para el reconocimiento y definición de roles.	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificado
4	4. realizar seguimiento en la efectividad de las canalizaciones y activación de ruta a los riesgos identificados en las acciones desarrolladas	-Formato de canalizaciones	-Caracterización del formato
5	5. Monitorear la conformación y fortalecimiento de redes sociales y comunitarias	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar
6	6. desarrollar actividades colectivas para fomentar los derechos en salud.	-Acciones al cuidado de la salud 7	-Formato 1 A 7 fichas técnicas
7	7. realizar asesorías para la promoción del autocuidado	-Asesorías psicosociales 40	--Formato 1A
8	8. diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento y/o instrumentos	-Elaboración de informes	-Elaboración de informes
9	9. desarrollar sesiones colectivas para la promoción del autocuidado	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificado
10	10. Realizar asesoría psicosocial en unidades de trabajo informal de alto, mediano y bajo impacto	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar
11	11. reconocer la labor de la mujer por el cuidado de la salud.	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad no se realizó durante el período a certificar
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Esta actividad se realizó durante el período a certifica	-Esta actividad se realizó durante el período a certificar

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13. Caracterización, identificación y recorridos en Establecimientos relacionados con consumo de alcohol.	-Esta actividad se realizó durante el período a certificar	-Esta actividad se realizó durante el período a certificar
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia reuniones de espacio, SDS	-Asistencia reuniones de espacio, SDS

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		\$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	31491893	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	03					
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 255900	
Salud					NUEVA EPS		\$ 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	4800294227	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LUZ DARY MARTINEZ RAMIREZ		2024-12-11 15:37:11		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YANETH ESCOBAR		2024-12-12 23:53:12		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-12-13 09:18:47		
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 15:39:49		

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
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CODGO 237 GRADO 15



RAZÓN SOCIAL :	LUZ DARY MARTINEZ RAMIREZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52241760
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-03
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-13
FECHA DE PAGO:	2024-12-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	31491893
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31491893
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.599.255	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 200.000	\$ 200.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.599.255	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 255.900	\$ 255.900
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.599.255	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 39.000	\$ 39.000
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 494.900	\$ 494.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/01/2025
----------------------------------	------------



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**

1 [Información general](#)

2 [Condiciones](#)

3 [Bienes y servicios](#)

4 [Documentos del Proveedor](#)

5 [Documentos del contrato](#)

6 [Información presupuestal](#)

7 **Ejecución del contrato**

8 [Modificaciones del contrato](#)

9 [Incumplimientos](#)

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

Identificación de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 19-2024..pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 19-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 19 CTO 7304-2024..pdf	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 19 CTO 7304-2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES NOVIEMBRE CTO7304-2024.pdf	CUENTA DE COBRO MES NOVIEMBRE CTO7304-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

