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:**	2025-01-02	**Hasta:**	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	BLEIDY CAROLINA FONSECA RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	52541135	
Correo Electrónico:	bleidyc27@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3045780090	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1535-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
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	Procetaje(%) Centro de Costos
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	$2460448	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 2460448	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16649045	**$ 16649045**	**$ 2460448**	**$ 14188597**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19	-1. Cumplir con el seguimiento a la planeación de actividades del programa ampliado de inmunización incluyendo COVID19.	-1. Dar cumplimiento a las actividades programadas
2	2. Hacer el Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural.	-2. diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural, registro diario de vacunados, previa verificación de antecedentes vacunal (físico, digital) de la población encontrada durante la ejecución del servicio. -	2. Formatos SIS 150.
3	3. Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa y/o barrido documentado de acuerdo con solicitud de MSPS para MRCV: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y encuesta de cobertura	--3. No se realiza actividad en el periodo a certificar. -	-3. No se realiza actividad en el periodo a certificar
4	4. Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios.	--4. No se realiza actividad en el periodo a certificar. -	-4. No se realiza actividad en el periodo a certificar
5	5. Hacer el Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, adultos.	--5. Diligenciamiento del formato del consentimiento para esta actividad.	--5. Formato concentimiento informado.
6	6. Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por profesional extramural	-6. Realizar siguiente y agendamiento telefónico a la población que este pendiente por vacunar según la distribución de bases de datos. -	-6. Seguimiento telefónico, whatsapp, mensajes o audios.
7	7. Realizar Hacer el Diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural.	--7. No se realiza actividad en el periodo a certificar	--7. No se realiza actividad en el periodo a certificar.
8	8. Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas.	--8. No se realiza actividad en el periodo a certificar	--8. No se realiza actividad en el periodo a certificar
9	9. Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio e informar las novedades de manera inmediata	-9. Verifique y registre los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío.	--9. informar las novedades de la temperatura de los equipos de cadena de fri
10	10. Diligenciar y mantener actualizado los Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred.	10. No se realiza actividad en el periodo a certificar -	-10. No se realiza actividad en el periodo a certificar

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. Consolidar el control de fechas de vencimiento por fabricación o por ventanas de uso de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio y las IPS de la subred	--11. Controlar y consolidar las fechas de vencimiento de los dispositivos inmunobiológicos médicos e insumos del centro de acopio.- -ñ	-11. Realizar consolidado de fecha de vencimiento de los inmunobiológicos
12	12. Apoyar la solicitud de pedido de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del programa permanente y Covid-19	--12. Dar apoyo a la solicitud de los inmunobiológicos dispositivos médicos e insumos del centro de acopio. -	-12. Dar cumplimiento al apoyo de la solicitud
13	13. Apoyar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	-13. Dar apoyo a la recepción técnica de los inmunobiológicos dispositivos médicos e insumos del centro de acopio.	-13. Dar cumplimiento a la recepción del inmunobiológico
14	14. Realizar las entregas (recepciones técnicas) y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, de las IPS públicas y privadas.	-14. No se realiza actividad en este periodo	-l-14. No se realiza actividad en este período
15	15. Realizar acompañamiento a la reunión de inducción y reinducción del talento humano y demás convocada por la SDS.	--15. Estar dispuesto cuando sea solicitado por el supervisor o el jefe inmediato.	-15. Correo electrónico, whatsapp.
16	16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	16. Asistir a las reuniones convocadas por el supervisor o jefe inmediato.	--16. Lista de asistencia, formatos

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	$ 2460448
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1068771445	-		
2024	**DICIEMBRE**	**2025**	**01**	**17**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1256666.6666667	$ 201067	**$ 208100**
Salud		FAMISANAR		$ 157083	**$ 163300**
ARL	3	SURA		$ 30612	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 364710**	**$ 403300**

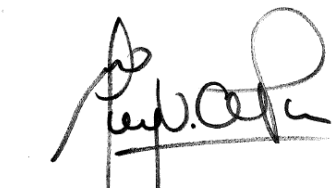
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	161830666

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLEIDY CAROLINA FONSECA RODRIGUEZ	2025-01-23 22:12:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-01-24 12:39:01
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-25 14:17:59
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	2025-02-19 16:31:15

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD