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:**	2025-02-01	**Hasta:**	2025-02-28	
Nombre del Contratista:	MARIA JOSE CORTES SUAREZ		**Número de Documento:**	1110263378	
Correo Electrónico:	mariajose.cortes743@gmail.com		**Número Telefónico:**	3223905122	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1167-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
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
K30PI	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	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	$ 3998136	
2	FEBRERO	$ 3998136	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27054013	**$ 27054013**	**$ 7996272**	**$ 19057741**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-reunión de equipo para fortalecer metas, concertación de productos, apropiación de lineamiento, socialización de actividades	-acta de reunión de equipo.
2	2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización, familiar para la identificación de riesgos en salud mental, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	--identificación de espacios para realización de visitas fundación renacer, fundación gente sobria y fundación casa del rey	-visita para el desarrollo de actividades, fichas spacios de bienestar, actas y registro fotográfico,
3	3. Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado para cada uno de los usuarios, familias, y su respectivo seguimiento	-desarrollo de actividades e identificación del riesgo	-canalizaciones, vespas y formatos vinculados
4	4. Identificar los riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, acorde a la necesidad del usuario y garantizar la adherencia al tratamiento	-diligenciamiento de fichas vincúlate identificación de riesgo y canalización	-envió de formatos de canalizaciones de usuarios con necesidades y direccionamientos
5	5. Proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos	-diligenciamiento y actualización de cronograma en tiempo real	-cronograma de actividades y portafolio actualizado en tiempo real
6	6. Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	--asistencia a reuniones de equipos desarrollados por la líder y secretaria el dia 24-02-2025	-actas de asistencia y registro fotográfico
7	7. Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS.	-diligenciamiento mensual de tableros con cobertura e información necesaria	-tableros diligenciados en el drive
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-disposición en reuniones fuera del cronograma convocadas por el líder del proceso.	-disposición en reuniones fuera del cronograma.

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**	9480208258	-		
2025	**ENERO**	**2025**	**02**	**11**				
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		NUEVA EPS		$ 199907	**$ 200000**
ARL	3	POSITIVA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24115040672

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA JOSE CORTES SUAREZ	2025-02-21 17:14:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-02-22 13:23:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-02-24 14:37:01
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	2025-03-13 10:16:22

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD