

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo Certificar:</b>	<b>a</b>	<b>Desde:</b>	2025-04-01	<b>Hasta:</b>	2025-04-30
<b>Nombre Contratista:</b>	<b>del</b>	DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA		<b>Número de Documento:</b>	1033783061
<b>Correo Electrónico:</b>		DEISYHURTADO340@GMAIL.COM		<b>Número Telefónico:</b>	3222230322
<b>Nombre Supervisor:</b>	<b>del</b>	MARIO JAIR GARZON JARA	<b>Cargo:</b>	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	<b>Código Grado:</b> - 230

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1871-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	45
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS CANDELARIA I				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

<b>Centro de Costos</b>	<b>Dirección</b>	<b>Unidad</b>	<b>Total</b>	<b>Procetaje(%) Centro de Costos</b>
O02NS	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	\$2252460	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2252460</b>	<b>DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTAPESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-14	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	ENERO	\$ 2252460	
2	FEBRERO	\$ 2252460	
3	MARZO	\$ 2252460	
4	ABRIL	\$ 2252460	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 18019680		\$ 18019680	\$ 9009840	\$ 9009840
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Sensibilizar a los usuarios sobre los Derechos y Deberes, higienización y lavado de manos, programas de P y D, y demás temas transversales durante los trayectos.	-Orientacion e informacion	-20 planillas de socializacion	
2	2. Realizar agendamiento de los usuarios que requieran el servicio de ruta de la salud.	-programacion de usuarios en ruta de la salud	- 18 pacientes	
3	3. Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción, de acuerdo a meta individual establecida del usuario y su familia en los diferentes servicios de la institución donde se requiera.	-encuestas de satisfacción	-28 encuestas	
4	4. Registrar en el aplicativo SI CUENTANOS las sensibilizaciones a los usuarios.	-orientacion e informacion	- 60 registro sidma	
5	5. Participar en las reuniones en las cuales sean convocados y desarrollar las capacitaciones propuestas por la Subred Sur.	-reuniones o actividades delegadas por supervisor o jefe inmediato	-reunión IAMII Círculos de calidad	

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior	\$ 2252460
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MARZO	2025	04	25	4596921888	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTAPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 229500
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 179300
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 35000
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 443800</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4500201688	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA		2025-04-25 12:55:47	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIO JAIR GARZON JARA		2025-04-28 16:35:06	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-04-29 12:37:55	

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.



**MARIO JAIR GARZON JARA**  
**JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y**  
**SERVICIO AL CIUDADANO**