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:**	2025-04-01	**Hasta:**	2025-04-30	
Nombre del Contratista:	MARIANA MEDINA MALAGON		**Número de Documento:**	1013098743	
Correo Electrónico:	malagonmariana8@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142913840	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1157-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	AGENTES DE CAMBIO, GESTORES COMUNITARIOS				
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	8627	$1587368	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1587368**	**UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-07-23
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-04-21		1	$ 888595	711

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 1537688
2	FEBRERO	$ 1922110
3	MARZO	$ 1855254

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 1587368

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10404968	**$ 11293563**	**$ 6902420**	**$ 4391143**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Diligenciar formatos de recoleccion de informacion a partir de la observacion socio-ambiental del entorno.	-Desarrollo de actividades mediante recopilación de información a partir de la observación socio ambiental	-Actas y listados de sesiones
2	2. sistematizar informacion recolectada en las herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Subir información a drive del reporte diario	-Listado de sesiones colectivas y drive
3	3. Apoya en el diseño piezas comunicativas de acuerdo a las necesidades identificadas.	-Divulgación de jornadas, diseño de piezas comunicativas	-Piezas comunicativas
4	4. realizar recorridos en espacio publico a fin de logar sensibilizacion y adopcion de practicas de cuidado y autocuidado.	-Desarrollo de actividades mediante recorridos barriales	-Listado de sesiones
5	5. Dar cumplimiento a la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la e.s.e.	-Actualización de cronograma y portafolio para dar cumplimiento	-Cronograma y portafolio
6	6. Mantener la Adherencia al proceso de gestion documental, en la organizacion y custodia de los documentos generados.	-Realizar archivo para procesos de auditoria	-Actas y Listados
7	7.Entregar formatos de captura de información al profesionales de apoyo para pre criticas y pre auditorias	-Entrega de listados a gesi	-Listados de sesiones colectivas
8	8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Acompañamiento a grupos y/o jornadas de salud	-Listados de sesiones colectivas

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**	$ 1855254
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9483921114	-		
2025	**MARZO**	**2025**	**04**	**09**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATROPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud					COMPENSAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL			3		SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488430807922

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIANA MEDIANA MALAGON	2025-04-24 12:10:35
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIANA MEDIANA MALAGON	2025-04-24 20:33:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-04-25 09:10:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-04-30 11:13:47

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