| | | |
|---|---|---|
| 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:** | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ | | **Número de Documento:** | 79532615 | |
| **Correo Electrónico:** | gbermudezmedina52@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3138147467 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5173-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 402 |
| **Perfil:** | TECNICO 1-EBE | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| V07UI502 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | 184 | 2 | 13804 | $2567544 | 104.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2567544** | **DOS MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-03-18 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-04-09 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-04-08 | 2025-05-31 | 1 | $ 3221135 | 680 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | MARZO | $ 641856 |
| 2 | ABRIL | $ 2567544 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **VALOR INICIAL DEL CONTRATO** | **VALOR TOTAL DEL CONTRATO** | **PAGOS REALIZADOS** | **SALDO DEL CONTRATO** |


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **$ 1886345** | **$ 5107480** | **$ 3209400** | **$ 1898080** |


***© Siasur - 2025***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS | -"Apropiación conceptual de los lineamientos y fichas tecncias que se establezcan para cada convenio por parte de SDS " | -Actas de apropiación conceptual |
| 2 | Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio. | -Caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo | -Formatos de caracterización y tamizajes establecidos con calidad y veracidad |
| 3 | Realizar acercamiento al territorio o población asignada y desarrollar las actividades propias de la línea asignada según corresponda (Toma de medidas antropométricas, aplicación de escalas de valoración, proceso de vacunación o toma de pruebas POCT, actualización de geolocalización, etc. (según la línea de acción asignada) con criterios de calidad para asegurar la correcta identificación de riesgo | -"Gestionar riesgos identificados en las familias caracterizadas a partir de derivaciones en actitaviones de ruta, notificación de eventos de interes en salud publica, agendamiento. " | -Formatos de activaciones de ruta y notificación de eventos de interes en salud publica. Link de solicitud de citas. |
| 4 | Brindar educación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a la población abordada según la asignación (Relevo, Visita domiciliaria, vacunación, aplicación de pruebas POCT etc.) y clasificación de riesgo identificado. | -No aplica | -No aplica |
| 5 | Diligenciar de manera correcta los formatos entregados por el líder de la línea de trabajo según corresponda, (bitácora diaria, formatos de caracterización, formato de escalas, etc.), garantizando calidad y veracidad de los mismos | -No aplica | -No aplica |
| 6 | Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento | -Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente,el líder y apoyos en precritica y acompañamientos. | -Plan de mejora, actas de precritica, seguimientos en campo. |
| 7 | Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento | -Realizar proyección y actualización del cronograma de actividades acorde a los productos establecidos | -Reporte diario, cronograma |
| 8 | Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS 9.Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | -Asistencia a reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS | -Listados de asistencia y actas de reuniones |
| 9 | Realizar el alistamiento de preauditoria sobre los productos asignados | -Realizar proceso de gestión documental a los productos a cargo. | -Carpeta con gestion documental |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Participación en precritica de los productos asignados. Asistencia a capacitaciones, reunión mensual del entorno y otras reuniones o jornadas a las que se convoque. | -Listados de asistencia y actas de reuniones |

## 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 | $ 641856 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 8385817814 | - | | |
| 2025 | MARZO | 2025 | 04 | 14 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 106288** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 177938 | **$ 83038** |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 34676 | **$ 16182** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 205508** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24131738577 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA | 2025-04-25 22:31:02 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA | 2025-04-27 17:06:54 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA | 2025-04-27 17:13:32 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-04-27 21:53:22 |
| RECHAZADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-04-29 10:43:46 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA | 2025-04-29 15:11:58 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA | 2025-04-29 15:12:31 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ MEDINA | 2025-04-29 15:17:17 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-04-29 15:24:05 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-04-30 13:04:44 |

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**