

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-04-01	Hasta:	2025-04-30
Nombre del Contratista:	WENDY JHORANNY CORTES OSORIO		Número de Documento:	1104707586
Correo Electrónico:	wendycortespk@hotmail.com		Número Telefónico:	3164180863
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4885-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	51
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	Procentaje(%) Centro de Costos
V07UI502	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	166	7	13804	\$2388092	97.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2388092	DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL NOVENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-02-20			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-02-28
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-02-25	2025-04-09	1	\$ 3198582	402
2	2025-04-08	2025-05-31	2	\$ 1961871	680
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 722088	
2	MARZO			\$ 2460448	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 2388092	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 738135	\$ 5898588	\$ 5570628	\$ 327960
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	-Se realiza apropiación y socialización de los lineamientos operativos	-Formatos disponibles para la actividad
2	Realizar actividades de auxiliar de enfermería según lineamiento operativo y la línea de acciones asignada en el marco de la ejecución del convenio.	-Cumplir con todas las actividades según lineamiento operativo	-Formatos disponibles para la actividad
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	-Caracterizaciones del mes correspondientes	-Formatos disponibles para la actividad
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.	-Diligenciamiento completo y oportuno en el drive de la información recolectada	-Formatos disponibles para la actividad
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	-Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde el nivel central o líder del espacio	-Formato base de datos
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	-Caracterizaciones del mes correspondientes	-Formatos disponibles para la actividad
7	Realizar registro de la información con criterios de calidad en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS y Matriz de Seguimiento 8.Participar en reuniones, asistencias técnicas convocadas por la subred y/o SDS	-Diligenciar base de datos, drive, caracterizaciones en el login de manera oportuna	-Reporte diario y formatos diligenciados
8	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Dar respuesta a los requerimientos, bases solicitudes, asignadas de manera oportuna y clara de acuerdo con los estándares	-Caracterizaciones del mes correspondientes

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Realizar el alistamiento de pre auditoría sobre los productos asignados	Asistir y cumplir con los horarios estipulados en la precritica y entrega de formatos de firmas	-Entrega de formatos de firmas
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Disponibilidad de tiempo para actividades externas	-Formato de firmas diligenciado

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	85612293	-		
2025	MARZO	2025	04	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS			
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	0570000470060963

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY JHORANNY CORTES OSORIO	2025-04-27 14:23:34
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-04-28 19:18:07
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY JHORANNY CORTES OSORIO	2025-04-28 19:34:18
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-04-29 11:31:07
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-04-29 13:58:11

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

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025



- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------


No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1104707586 CTO 4885-2025.pdf	ARL SURA 1104707586 CTO 4885-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA COBRO FEBRERO 2025 - CTO 4885-2025.pdf.crdownload.pdf	CUENTA COBRO FEBRERO 2025 - CTO 4885-2025.pdf.crdownload.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO 2025 CTO 4885-2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025 CTO 4885-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO 2025 CTO 4885-2025.pdf	CUENTA MARZO 2025 CTO 4885-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

 Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Se certifica que **WENDY JHORANNY CORTES OSORIO**, identificada con **CC** número **1104707586**, aportó por **WENDY JHORANNY CORTES OSORIO**, identificado(a) con **CC** número **1104707586** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **85612293** para el periodo de salud **2025-03** y pensiones **2025-03** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN	
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0														0		30	\$1.423.500	0,02436	3	\$34.700	Marzo - 2025	85612293	09/04/2025	N	
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacio n Filiar	860066942	57	0														0		30	\$1.423.500	0,02000		\$28.500	Marzo - 2025	85612293	09/04/2025	N	
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	57	0														0		30	\$1.423.500	0,12500		\$178.000	Marzo - 2025	85612293	09/04/2025	N	
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	57	0														0		30	\$1.423.500	0,16000		\$227.800	Marzo - 2025	85612293	09/04/2025	N	
				</																										



BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **WENDY JHORANNY CORTES OSORIO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1104707586** y es titular de la cuenta terminada en ****0963** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
09/04/2025	\$ 469.000,00	COMPENSAR- OI	1400014994	00014994

Se expide en Bogotá, el 27-04-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.