

|                                                                                   |                                                   |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                                                     |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |

|                          |
|--------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORME</b> |
|--------------------------|

|                                |                                    |               |                                      |                               |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Periodo a Certificar:</b>   | <b>Desde:</b>                      | 2025-05-01    | <b>Hasta:</b>                        | 2025-05-31                    |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | ONNER ARMANDO FINO REYES           |               | <b>Número de Documento:</b>          | 80370327                      |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | Onner.a@hotmail.com                |               | <b>Número Telefónico:</b>            | 3194688962                    |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | <b>Cargo:</b> | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | <b>Código Grado:</b> - 242-25 |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> |
|---------------------------|

|                                      |                                          |                      |      |                              |   |
|--------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|---|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 4986-2025                                | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 1 |
| <b>Perfil:</b>                       | TECNICO 1 PIC                            |                      |      |                              |   |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |                      |      |                              |   |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS VISTA HERMOSA                        |                      |      |                              |   |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|---------------------------------|

| Centro de Costos                    | Dirección                                | Unidad                                                                              | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| K33PI                               | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                                       | 184          | 0                        | 13803      | \$2539752 | 103.2%                         |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 2539752                               | <b>DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |
|--------------------------------------------|

|                                     |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2025-03-01          |             | 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           | \$ 213984                                 | 711        |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   |              | MARZO               |             | \$ 2540680                                |            |
| 2                                   |              | ABRIL               |             | \$ 2539752                                |            |
| 3                                   |              | MAYO                |             | \$ 2539752                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                            | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                                                           | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 11892175                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 12106159                                                                                                                                                                                                                         | \$ 7620184                                                                                                                                                                                 | \$ 4485975         |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                          | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                       |                    |
| 1                                                       | Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones incluida COVID-19.                                                                                                                                                                            | ---brindar adecuadamente mente frente al procedimiento de la vacunación COVID-19 realizar el correcto diligenciamiento de los consentimientos informados si tachones, sin enmendaduras                                              | ----diligencia miento de los formatos de consentimientos sin enmienda-                                                                                                                     |                    |
| 2                                                       | Hacer el Diligenciamiento adecuado y con calidad del formato SIS 150 de la estrategia extramural (registro diario de vacunados), previa verificación del antecedente vacunal (físico/digital) de la población encontrada durante la ejecución de las tácticas de la modalidad extramural. | --realizar el registro en las bases de datos siasur, pai distrital y pai web-                                                                                                                                                       | - --bases de datos siasur, pai distrital y paiweb-                                                                                                                                         |                    |
| 3                                                       | Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica casa a casa y/o barrido documentado de acuerdo con solicitud de MSPS para MRCV: censo viviendas, consolidado casa a casa, mapa con identificación de manzanas intervenidas y encuesta de cobertura.                                            | ---realizar observación de manera continua a los usuarios que han sido vacunados, con el fin de evidenciar posibles esavis, ya su vez activar el protocolo de urgencias si es necesario                                             | ----formato de eventos adversos no graves posteriores a la vacunación, totalmente diligenciado -formato de eventos adversos no graves posteriores a la vacunación, totalmente diligenciado |                    |
| 4                                                       | Hacer el Diligenciamiento adecuado táctica concentración (instituciones SDIS, SED, ICBF, lugares de alta concentración) del formato consolidado jardines y colegios.                                                                                                                      | --garantizar la vacunación a toda la población de acuerdo su rango de edad, su estado de salud, brindar educación frente al procedimiento de vacunación y brindar cuidados en salud según necesidad                                 | - ---procedimientos de vacunación                                                                                                                                                          |                    |
| 5                                                       | Hacer el Diligenciamiento adecuado de consentimientos informados biológico VPH y COVID19, carné de vacunación niño/as, adultos.                                                                                                                                                           | -recopilación de las dosis administradas en el tablero de control de biológico, recopilación de las personas registradas en siasur, pai distrital, paiweb y carpetas organizadas con los consentimientos informados diligenciados - | ---tablero control del biológico, bases de siasur, pai distrital, paiweb, consentimientos informados                                                                                       |                    |
| 6                                                       | Seguimiento y agendamiento telefónico a la población pendiente por vacunar, de acuerdo con la distribución de las bases de datos entregadas por profesional extramural.                                                                                                                   | ----se debe realizar la entrega de los respectivos registros en las bases de datos a diario, también se debe entregar los consentimientos informados en una carpeta -                                                               | ---los documentos y registros quedan en custodia del coordinador de PAI.                                                                                                                   |                    |
| 7                                                       | Realizar Hacer el Diligenciamiento del control diario (dos veces al día) de temperatura en los refrigeradores que almacenen vacuna a cargo del equipo extramural.                                                                                                                         | ---garantizar la vacunación de toda la población agendada y atento para la vacunación de acuerdo a la edad y dosis correspondientes                                                                                                 | ----proceso de verificación en el aplicativo                                                                                                                                               |                    |
| 8                                                       | Revisar y consolidar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS y localidad, validando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas.                                                                                             | -se debe tener comunicación directa con los jefes de cada punto para que resuelvan cualquier eventualidad. -                                                                                                                        | - --llamadas telefónicas, correos electrónicos--                                                                                                                                           |                    |
| 9                                                       | Registrar los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio e informar las novedades de manera inmediata.                                                                                                                                                | ----se realiza demanda inducida de todas las personas agendadas y registradas en sis --                                                                                                                                             | --llamadas telefónicas-                                                                                                                                                                    |                    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                 | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10                                                      | Diligenciar y mantener actualizado los Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred.                                                                     | ----asistir a las reuniones que realizan la SDS para fortalecer los conocimientos -                                                                                                                                        | ----observación del proceso de vacunación                                                                |
| 11                                                      | Consolidar el control de fechas de vencimiento por fabricación o por ventanas de uso de los medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio y las IPS de la subred.                | --realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada -                                                                                                                   | -- -realizar el procedimiento de vacunación de forma activa, adecuado, garantizar la atención humanizada |
| 12                                                      | Apoyar la solicitud de pedido de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del programa permanente y Covid-19.                                                                                    | -sistir a los espacios de capacitación, con el fin de fortalecer los procesos asignados con criterios de calidad, al fin de dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidos en el plan de intervención colectiva. -- | ---actas y lista de asistencia-                                                                          |
| 13                                                      | Apoyar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS.                                                                          | ---N / A                                                                                                                                                                                                                   | ---N / A                                                                                                 |
| 14                                                      | Realizar las entregas (recepciones técnicas) y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, de las IPS públicas y privadas.                                                            | ---N / A                                                                                                                                                                                                                   | ---N / A                                                                                                 |
| 15                                                      | Realizar acompañamiento a la reunión de inducción y reinducción del talento humano y demás convocada por la SDS.16. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | ---N / A                                                                                                                                                                                                                   | ---N / A                                                                                                 |

| 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 |           | \$ 2539752     |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 1071865339                                                                   | -                          |                                                  |           |                |
| 2025                                                    | ABRIL | 2025          | 05  | 13  |                                                                              |                            |                                                  |           |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     | DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS |                            |                                                  |           |                |
| Item                                                    |       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                      | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |           | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |       |               |     | NO  | PORVENIR                                                                     | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 227800 |                |
| Salud                                                   |       |               |     |     | FAMISANAR                                                                    |                            | \$ 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 | 4870247337 |

| HISTÓRICO                           |                                    |                     |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                         | USUARIO                            | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ONNER ARMANDO FINO REYES           | 2025-05-23 00:45:44 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-05-24 13:32:51 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN               | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO          | 2025-05-26 18:19:29 |

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 Montilla*

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

PAGADO 13/05/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                          |                    |                     |
|---------------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| Razón Social        | ONNER ARMANDO FINO REYES |                    |                     |
| Documento           | CC80370327               | Dirección          | CL 71A SUR #14 - 33 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE            | Teléfono           | 3194688962          |
| Tipo Persona        | NATURAL                  | Forma Presentación | ÚNICO               |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.              | Departamento       | BOGOTA D.C.         |
| Representante Legal |                          | Identificación     |                     |
| Total Afiliados     | 1                        | ARP                | ARL SURA            |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                          |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |                | Cajas             |                |                | Parafiscales           |              |            |             | Total          |                |                      |             |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|--------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|------------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres      | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | LVA | VAC       | VAP | VCT | IRP   | Días ARP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión       | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud              | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 80370327        | ONNER ARMANDO FINO REYES | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.423.500   | \$ 227.800     | (EPS017) FAMISANAR EPS | \$ 1.423.500 | \$ 178.000 | 2,436       | \$ 1.423.500   | \$ 34.700      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 440.500 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 1.423.500 | \$ 0      | \$ 227.800      | \$ 178.000    | \$ 34.700       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 440.500                     | \$ 1.600                | \$ 442.100  |

EFFECTIVO LTDA  
NIT: 830.131.993-1  
ORDEN DE SERVICIO

R. US: 9583866907  
Cliente: 113237 PLANILLAS AVAL Aportes en  
Línea Arus Compensar Asopagos Simple Al

Fecha: 12/05/2025 18:03:22  
PAP: 906193  
Nombre: OWNER  
Apellido: ARMANDO  
Código de Identificación: 8810229174  
TIPO DE IDENTIFICACION: CÉDULA DE  
NUMERO IDENTIFICACION: CIUDADANIA  
PERIODO: 80370327  
Referencia: 202504  
Valor: \$442.100,00

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario  
Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.

Para reclamaciones presente este  
recibo: Tel. (1) 6510101.  
servicioalcliente@efecty.com.co.  
www.efecty.com.co

Referencia 0408  
Valor 8810229174  
Causación \$442,100  
001127281334  
Efecto: LILIANA CORTILOS PULIDO

- 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

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

☐ Si

☒ No

Identificación 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 80370327 CTO 4986-2025.pdf     | ARL SURA 80370327 CTO 4986-2025.pdf     | Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTO. CTA COBRO FEBRERO ONNER FINO.pdf   | CTO. CTA COBRO FEBRERO ONNER FINO.pdf   | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTO4986.CTA MARZO ONNER FINO.pdf        | CTO4986.CTA MARZO ONNER FINO.pdf        | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CTO.4986 CTA COBRO ABRIL ONNER FINO.pdf | CTO.4986 CTA COBRO ABRIL ONNER FINO.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar