

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

| DATOS DEL INFORME       |                                    |            |                                      |               |          |
|-------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                             | 2025-05-01 | Hasta:                               | 2025-05-31    |          |
| Nombre del Contratista: | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO     |            | Número de Documento:                 | 20660305      |          |
| Correo Electrónico:     | lamobi.26@gmail.com                |            | Número Telefónico:                   | 3132714560    |          |
| Nombre del Supervisor:  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: | - 242-25 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |   |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|---|
| No. Contrato:                  | 4476-2025                                | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1 |
| Perfil:                        | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC          |               |      |                       |   |
| Dirección a la que Perteneces: | 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     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K30PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                   | 184          | 18                       | 22430      | \$4530860 | 117.3%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4530860                               | CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-29          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-07-23 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             | \$ 3998136                                |            |
| 2                                   | MARZO               | \$ 4258884                                |            |
| 3                                   | ABRIL               | \$ 4127120                                |            |
| 4                                   | MAYO                | \$ 4530860                                |            |

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

| \$ 23988816                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 23988816                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 16915000                                                     | \$ 7073816 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTO O EVIDENCIA                                            |            |
| 1                                                       | realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.                           | - Se realiza consejería en salud sexual y reproductiva, no se aplican pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, actividad que no la realiza cuidate y se feliz                                                                                                                   | - Ficha de registro en punto cuidate se feliz, informe mensual. |            |
| 2                                                       | Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.                                                    | - Realiza intervención a través de 24 jornadas en la localidad de Ciudad Bolívar, 2 en Tunjuelito y 2 en Usme, identificando riesgos en condiciones crónicas no transmisibles en la comunidad de la localidad Usme.                                                                   | - Ficha de registro en punto cuidate se feliz                   |            |
| 3                                                       | Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios                                                                                                                                                                           | - Durante las jornadas no se identificaron sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles.                                                                                                                                                                                       | - No aplica en esta actividad                                   |            |
| 4                                                       | Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales.                                                                            | - En el desarrollo de las 28 jornadas, se realiza el proceso tamizajes y asesoría individual en hábitos saludables.                                                                                                                                                                   | - Ficha de registro en punto cuidate se feliz                   |            |
| 5                                                       | Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.                                                                                | - Se da a conocer a algunos usuarios que participaron en las jornadas los derechos sexuales y derechos reproductivos, resaltado el derecho a los métodos anticonceptivos gratis, la doble protección, citología, mamografía, examen de próstata, examen clínico y autoexamen de seno. | - Ficha de registro en punto cuidate se feliz                   |            |
| 6                                                       | canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.                                                                  | - Se realiza 11 canalizaciones totales, a la ruta 1 (promoción y mantenimiento de la salud) y ruta 16 ( visual y auditiva) 2                                                                                                                                                          | - Correo electrónico de canalizaciones y registro drive         |            |
| 7                                                       | cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.                                                                                                                                                                                     | - Se da cumplimiento con los soportes frente a la puntualidad en la entrega y calidad del formato.                                                                                                                                                                                    | - Acta de entrega al profesional de apoyo                       |            |
| 8                                                       | Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. 9. Presentar productos para precrítica y preauditoria. 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | - Se da cumplimiento a la precrítica cada 8 días.                                                                                                                                                                                                                                     | - Acta profesional de apoyo.                                    |            |

| 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 |                | \$ 4486000 |
| AÑO                                                     | MES  | AÑO           | MES | DÍA | 9486677545                                             | -                          |                                                  |                |            |
| 2025                                                    | MAYO | 2025          | 05  | 26  |                                                        |                            |                                                  |                |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |      |               |     |     | CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL PESOS |                            |                                                  |                |            |
| Item                                                    |      |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |            |
| Pensionado                                              |      |               |     | NO  | PROTECCIÓN                                             | \$ 1794400                 | \$ 287104                                        | \$ 287200      |            |
| Salud                                                   |      |               |     |     | COMPENSAR                                              |                            | \$ 224300                                        | \$ 224300      |            |
| ARL                                                     |      |               |     | 3   | SEGUROS BOLIVAR                                        |                            | \$ 43712                                         | \$ 43800       |            |
| Caja de Compensación                                    |      |               |     | NO  |                                                        | Total                      | \$ 520771                                        | \$ 555300      |            |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                               |  |                |         |                  |             |
|---------------------|-------------------------------|--|----------------|---------|------------------|-------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. |  | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24142560844 |

| HISTÓRICO                               |                                    |                     |
|-----------------------------------------|------------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                             | USUARIO                            | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES     | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO     | 2025-05-26 14:19:06 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO     | 2025-05-26 15:48:51 |
| RECHAZADO SUPERVISOR                    | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-05-27 11:27:13 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO     | 2025-05-28 17:31:58 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                    | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-05-28 18:36:27 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                   | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO          | 2025-05-29 13:18:44 |

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 Montilla*

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

**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**