

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30
Nombre del Contratista:	YALIXA ACOSTA AGUDELO		Número de Documento:	1072720573
Correo Electrónico:	yaliacosta8@gmail.com		Número Telefónico:	3209529814
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5771-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-EBE				
Dirección a la que Pertenecer:	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	174	0	22430	\$3902820	94.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3902820	TRES MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-05-15			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-05-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-05-24	2025-06-30	1	\$ 4127120	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 3448233	1066
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 1659820	

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

\$ 2338707		\$ 9914060	\$ 1659820	\$ 8254240
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	-Hacer una comprensión clara de las directrices y hojas técnicas del convenio para realizar visitas de acuerdo a mi perfil como enfermera, las cuales me fueron brindadas por el profesional de apoyo y el líder del proceso	-Acta	
2	Realizar visita domiciliaria familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	-Cumplir con las actividades establecidas en los lineamientos del convenio a través de visitas domiciliarias a pacientes dadas por ruteo	-Listas de asistencia de los usuarios Aplicativo GTAPS-SDS	
3	Desarrollar las intervenciones individuales y colectivas en una misma visita a la familia, garantizando la calidad, pertinencia e integralidad de cada una de ellas, acorde a las actividades definidas en los productos correspondientes	-Se realiza intervenciones a toda la familia de la persona asignada por ruteo con el fin de llevar a cabo un plan familiar	-Listas de asistencia de los usuarios - Aplicativo GTAPS-SDS	
4	Realizar activación de ruta, derivaciones y notificaciones de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-De acuerdo a hallazgos de pacientes que requieran alguna intervención que deba ser notificada se hace la respectiva canalización	-Canalizaciones	
5	Realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y validar adherencia al tratamiento	-A través de los seguimientos, la caracterización de familiar se brinda la educación perteneciente y se identifica los riesgos que pueden derivar en complicaciones en salud para el usuario.	-Aplicativo GTAPS-SDS	
6	Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizando la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	-Aun no realizamos historias clinicas pero subimos la informacion al aplicativo GTAPS-SDS	-Aplicativo GTAPS-SDS	
7	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-Asistencia a todos los fortalecimientos, retroalimentacion y capacitaciones en las que nos citen.	-Listas de asistencia de cada reunión	
8	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-Presentar bases y todos los informes correspondientes a las actividades que realizo como enfermera.	-Listas de asistencia Aplicativo GTAPSSDS Drive de estrategia de ángeles guardianes	
9	Apoyar la formulación y ejecución de 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 y recomendaciones del coordinador.	-Asistir a retroalimentaciones para mejorar las actividades realizadas en campo.	-Listas de asistencia a fortalecimientos	
10	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Guardar la documentación generada por las actividades desarrolladas en campo y con los pacientes.	-Listas de asistencia generadas en intervenciones individuales y planes de cuidado familiar	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Intervenciones individuales y colectivas Planes de cuidado familiar	-aplicativo GTAPS-SDS

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		\$ 1659820
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9485826304	-			
2025	MAYO	2025	06	09					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 142400	
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 182300	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 28000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 352700	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550488452603654

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-06-23 10:33:24
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-06-26 21:16:30
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-06-26 21:18:44
RECHAZADO SUPERVISOR	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2025-06-27 16:09:39
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-06-27 20:36:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YALIXA ACOSTA AGUDELO	2025-06-27 21:04:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-06-28 10:21:56
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-06-28 13:35:10

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

YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	33547291	9485826304	I	2025/06/18	2025/06/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$324,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,138,800	\$182,300			\$1,138,800	\$142,400			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,138,800	\$182,300			\$1,138,800	\$142,400			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: FOSCA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,138,800	\$182,300			\$1,138,800	\$142,400			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC	1072720573	ACOSTA YALIXA	230301	24	\$1,138,800	\$182,300	EPS017	24	\$1,138,800	\$142,400	0		\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,138,800	\$182,300			\$1,138,800	\$142,400			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	33547291	9485826304	I	2025/06/18	2025/06/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$324,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$182,300	\$0	\$0	\$182,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$182,300	\$0	\$0	\$182,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$142,400	\$0	\$0	\$142,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$142,400	\$0	\$0	\$142,400
TOTAL				1	\$324,700	\$0	\$0	\$324,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-05	2025-05	25162717		9487742667	N	2025/06/18	2025/06/27	BANCO DE OCCIDENTE	\$28,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,138,800	\$27,800		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,138,800	\$27,800		\$0	\$0
Ciudad: FOSCA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,138,800	\$27,800		\$0	\$0
1	CC 1072720573	ACOSTA YALIXA	230301	24	(\$1,138,800)	(\$182,300)	EPS017	24	(\$1,138,800)	(\$142,400)		0	\$0	\$0	14-11	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
2	CC 1072720573	ACOSTA YALIXA	230301	24	\$1,138,800	\$182,300	EPS017	24	\$1,138,800	\$142,400		0	\$0	\$0	14-11	24	\$1,138,800	\$27,800	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$1,138,800	\$27,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1072720573		ACOSTA AGUDELO YALIXA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 1 3 70	FOSCA-CUNDINAMARCA	8490112	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-05	2025-05	25162717	9487742667	N	2025/06/18	2025/06/27	BANCO DE OCCIDENTE	7	\$28,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$27,800	\$200	\$0	\$28,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$27,800	\$200	\$0	\$28,000	
TOTAL				1	\$27,800	\$200	\$0	\$28,000	