

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-06-01	Hasta:	2025-06-30
Nombre del Contratista:	HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		Número de Documento:	80121465
Correo Electrónico:	psicologoconsultor1@gmail.com		Número Telefónico:	3114493040
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5704-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	680
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II-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	158	0	22430	\$3543940	85.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3543940	TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-05-08			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	\$ 4814965	892
2	2025-06-20	2025-07-31	2	\$ 2781320	1066
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	MAYO			\$ 2781320	
2	JUNIO			\$ 3543940	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3439275		\$ 11035560	\$ 6325260	\$ 4710300
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 continua con la consulta de la documentación enviada, con la cual se da cumplimiento a la ejecución de las intervenciones realizadas.	- Las intervenciones realizadas se encuentran en la plataforma.	
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	- Se realizan las visitas acordes a las familias que generan adherencia al EBEH y de acuerdo a los casos reportados por el apoyo	- Las intervenciones realizadas se encuentran en la plataforma	
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 hizo abordaje de la atención individual enviada al Drive correspondiente cumpliendo con lo propuesto para el periodo. Adicional, se hizo atención a la sesión colectiva con el perfil que se encuentra habilitado para tal fin.	- Las intervenciones realizadas se encuentra en la plataforma.	
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	- Se activó durante el periodo ruta 5 con el caso reportado a la profesional encargada.	- La intervención se encuentra en la plataforma y correo correspondiente a la profesional de apoyo	
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	- De acuerdo al abordaje que se realiza a los usuarios, se hace la aplicación de pruebas tales como SRQ, APGAR y en algunos casos (si se requiere) COPE 28, reforzado con narrativas semiestructuradas.	- Las intervenciones realizadas se encuentran en la plataforma.	
6	Diligenciar correctamente la historia clínica de acuerdo a los códigos del CIE-10 según la impresión diagnóstica, garantizado la calidad en el registro de la información, así mismo el registro de la información en el aplicativo en línea dispuesto por la SDS.	- Se realizo el diligenciamiento de la historia clinica según las indicaciones suministradas para tal fin.	- La intervención realizada se encuentra en la plataforma.	
7	Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	- En el mes se realizaron las asistencias requeridas para participación y formación por parte de la Subred Sur en los puntos presenciales y virtual.	- Listados de asistencia	
8	Presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo esta actividad	- No se realizó esta actividad en el mes	
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.	- En el periodo no se asigno por parte del apoyo esta actividad.	- Nose realizó esta actividad en el mes,	
10	Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	- En el mes en curso se realizó el diligenciamiento de la documentación solicitada de acuerdo a las instrucciones brindadas por parte del apoyo.	- Planilla de familias con planes de cuidado familiar e individual (Formato controlado no codificado).	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur - Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

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	- Se realizó la depuración de los listados de personas que se encuentran para abordaje y se entrega retroalimentación al apoyo.	- Correo enviado al apoyo sobre listados depurados

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	\$ 2781320
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MAYO	2025	06	16	9487361433	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440700
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008400816693	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		2025-06-24 17:36:57	
RECHAZADO SUPERVISOR					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-06-27 16:08:14	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		2025-06-28 13:46:03	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		2025-07-01 10:50:07	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					HECTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR		2025-07-01 11:01:31	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA		2025-07-01 11:02:31	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-07-01 15:22:46	

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**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80121465		PINTO ESCOBAR HECTOR FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cti 36f Sur -2-66s	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1552558413	9487361433	I	2025/06/17	2025/06/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$413,300

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)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0
1	CC 80121465	PINTO HECTOR	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$7,500	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80121465		PINTO ESCOBAR HECTOR FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 36f Sur -2-66s	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1552558413	9487361433	I	2025/06/17	2025/06/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$413,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$413,300	\$0	\$0	\$413,300	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80121465		PINTO ESCOBAR HECTOR FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 36f Sur -2-66s	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1578276706	9487711032	N	2025/06/17	2025/06/25	BANCO DAVIVIENDA	8	\$27,400

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			\$0	\$27,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$27,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$27,200		\$0	\$0
1	CC 80121465	PINTO HECTOR	25-14	30	(\$1,423,500)	(\$227,800)	EPS008	30	(\$1,423,500)	(\$178,000)		0		\$0	14-11	30	(\$1,423,500)	(\$7,500)	0		\$0
2	CC 80121465	PINTO HECTOR	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS008	30	\$1,423,500	\$178,000		0		\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0		\$0
Total	Afiliados(1)				\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$27,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80121465		PINTO ESCOBAR HECTOR FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 36f Sur -2-66s	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	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	1578276706	9487711032	N	2025/06/17	2025/06/25	BANCO DAVIVIENDA	8	\$27,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$27,200	\$200	\$0	\$27,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$27,200	\$200	\$0	\$27,400	
TOTAL				1	\$27,200	\$200	\$0	\$27,400	

- 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 80121465 CTO 5704-2025.pdf	ARL SURA 80121465 CTO 5704-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO 2025 CTO 5704-2025.pdf	CUENTA MAYO 2025 CTO 5704-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

Certieducación

NIT: 1069731024-5

Este documento con Código Único Interno M5A25EXP1706 certifica que

HÉCTOR FERNANDO PINTO ESCOBAR

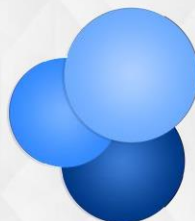
Con Cédula de Ciudadanía N 80121465

Finalizó satisfactoriamente el curso de

GESTIÓN DEL DUELO EN SERVICIOS DE LA SALUD (GDS)

Siendo este un curso BÁSICO de 45 horas


Alejandra Pinilla,
Representante Legal



Este certificado es expedido el 16 de JUNIO de 2025, su vigencia es de un año contando desde el momento de su expedición y puede ser verificado en www.certieducacion.com/consulta-de-registros/ o contactándonos directamente

El presente certificado se expide mediante el marco normativo de la educación informal y no conduce a título alguno o certificado de aptitud ocupacional. Se da cumplimiento al Artículo 43 de la Ley 115 de 1994, al DURSE Artículo 2.6.6.8 y al Decreto Ley 2150 de 1995 – Artículo 47.

La validez de este certificado puede ser confirmada por medio de www.certieducacion.com/consulta-de-registros/



MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL

Certificado de vacunación del adulto

Nombres:

Hector Fernando

Apellidos:

Pinto Escobar

Documento
de identidad:

C.C. CE PA CD SC PE PPT DE

Número de
documento:

8 0 1 2 1 4 6 5

Fecha de
nacimiento:

Día 28 Mes 11 Año 1983

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y lote	IPS vacunadora Nombre vacunador
VPH	1			
	2			
Influenza estacional	Anual	24-6-75	V50525004	Subprosv
	Anual	V	Y-2-20	Camp
Covid 19	1a			
	2a			
	1er Ref.			
	2do Ref.			
Otras				

W. Ferrey Camp
 Auxiliar de Enfermería
 C.C. 80.901.647 de Bta