

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

| DATOS DEL INFORME       |                                |            |                                                                   |               |       |
|-------------------------|--------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                         | 2025-07-01 | Hasta:                                                            | 2025-07-31    |       |
| Nombre del Contratista: | MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA |            | Número de Documento:                                              | 1022939893    |       |
| Correo Electrónico:     | monik1026@hotmail.com          |            | Número Telefónico:                                                | 3202632032    |       |
| Nombre del Supervisor:  | MARIO GARZON JARA              | Cargo:     | JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | Código Grado: | - 230 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                                              |               |      |                       |     |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 5732-2025                                                    | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 846 |
| Perfil:                       | TECNICO ADMINISTRATIVO II                                    |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS CANDELARIA I                                             |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                                              |                                                                              |           |                                |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                                    | Unidad                                                                       | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| O02VAN                       | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | USS CANDELARIA LA NUEVA                                                      | \$2491666 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2491666                                                   | DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-05-12          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-17 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | MAYO                | \$ 1578055                                |            |
| 2                                   | JUNIO               | \$ 2491666                                |            |
| 3                                   | JULIO               | \$ 2491666                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 7973331                 | \$ 7973331               | \$ 6561387       | \$ 1411944         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                       | Prestar servicios de apoyo logístico a la gestión en el proceso de trabajo social a través del enlace de usuarios con discapacidad auditiva, utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales, en las diferentes unidades de la subred integrada de servicios de salud sur ESE.                                                                 | -Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales                                                 | -Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS                       |
| 2                                                       | Apoyar al equipo de comunicación en la realización de videos institucionales utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales.                                                                                                                                                                                                                  | -Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres | -soportes                                                                                              |
| 3                                                       | Apoyar en las actividades institucionales que requieran transmisión en video utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales.                                                                                                                                                                                                                  | -Se realiza filtro permanente para identificar la población prioritaria (adulto mayor, gestantes, niños en brazos, personas en condición de discapacidad). Y así direccionarlas a la ventanilla VIP, se genera digiturno                                                     | -Se realiza filtro de ingreso y se entregan 60 turnos preferenciales                                   |
| 4                                                       | Acompañar a pacientes y familias con discapacidad auditiva a sus consultas en las diferentes USS                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad.                                                                                                                                                             | -Se realizan a la fecha 20 charlas según cronograma                                                    |
| 5                                                       | Desarrollar actividades administrativas asignadas relacionadas con servicio al ciudadano                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad.                                                                                                                                                                       | -Se realizan 75 encuestas de satisfacción de los servicios ambulatorios y complementarios              |
| 6                                                       | Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atención telefónica, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna                      | -Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales                                                 | -Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS                       |
| 7                                                       | Identificar población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS                                                                                                                                                                                                          | -Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres | -Se realiza filtro de ingreso y se entregan 60 turnos preferenciales                                   |
| 8                                                       | Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera. Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera | -Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad                                                                                                                                                              | -Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad. |

| 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 |                     |                |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 9488793453                                                                  | -                          |                                                  |                     | \$ 2491666     |
| 2025                                                    | JUNIO                 | 2025          | 07  | 23             |                                                                             |                            |                                                  |                     |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEISPESOS |                            |                                                  |                     |                |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                     | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                     | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | COLFONDOS                                                                   | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        |                     | \$ 228100      |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | FAMISANAR                                                                   |                            | \$ 177938                                        |                     | \$ 178300      |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | SURA                                                                        |                            | \$ 34676                                         |                     | \$ 34800       |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                                             | Total                      | \$ 413129                                        |                     | \$ 441200      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                                             |                            |                                                  |                     |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                                     | Número Cuenta              | de                                               | 0550477100057306    |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                                             |                            |                                                  |                     |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                                     |                            |                                                  | FECHA               |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA                                              |                            |                                                  | 2025-07-25 06:59:02 |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | MARIO JAIR GARZON JARA                                                      |                            |                                                  | 2025-07-28 15:33:18 |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                                              |                            |                                                  | 2025-07-29 12:17:14 |                |

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.



MARIO JAIR GARZON JARA  
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y  
SERVICIO AL CIUDADANO

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

| DATOS DEL INFORME       |                                |            |                                                                   |               |       |
|-------------------------|--------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                         | 2025-07-01 | Hasta:                                                            | 2025-07-31    |       |
| Nombre del Contratista: | MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA |            | Número de Documento:                                              | 1022939893    |       |
| Correo Electrónico:     | monik1026@hotmail.com          |            | Número Telefónico:                                                | 3202632032    |       |
| Nombre del Supervisor:  | MARIO GARZON JARA              | Cargo:     | JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | Código Grado: | - 230 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                                              |               |      |                       |     |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 5732-2025                                                    | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 846 |
| Perfil:                       | TECNICO ADMINISTRATIVO II                                    |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS CANDELARIA I                                             |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                                              |                                                                              |           |                                |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                                    | Unidad                                                                       | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| O02VAN                       | OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | USS CANDELARIA LA NUEVA                                                      | \$2491666 | 100%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2491666                                                   | DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-05-12          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-17 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | MAYO                | \$ 1578055                                |            |
| 2                                   | JUNIO               | \$ 2491666                                |            |
| 3                                   | JULIO               | \$ 2491666                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 7973331                 | \$ 7973331               | \$ 6561387       | \$ 1411944         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                   | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                   |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                                                       | Prestar servicios de apoyo logístico a la gestión en el proceso de trabajo social a través del enlace de usuarios con discapacidad auditiva, utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales, en las diferentes unidades de la subred integrada de servicios de salud sur ESE.                                                                 | -Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales                                                 | -Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS                       |
| 2                                                       | Apoyar al equipo de comunicación en la realización de videos institucionales utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales.                                                                                                                                                                                                                  | -Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres | -soportes                                                                                              |
| 3                                                       | Apoyar en las actividades institucionales que requieran transmisión en video utilizando la comunicación visual a través de gestos, expresiones faciales y movimientos corporales.                                                                                                                                                                                                                  | -Se realiza filtro permanente para identificar la población prioritaria (adulto mayor, gestantes, niños en brazos, personas en condición de discapacidad). Y así direccionarlas a la ventanilla VIP, se genera digiturno                                                     | -Se realiza filtro de ingreso y se entregan 60 turnos preferenciales                                   |
| 4                                                       | Acompañar a pacientes y familias con discapacidad auditiva a sus consultas en las diferentes USS                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | -Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad.                                                                                                                                                             | -Se realizan a la fecha 20 charlas según cronograma                                                    |
| 5                                                       | Desarrollar actividades administrativas asignadas relacionadas con servicio al ciudadano                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad.                                                                                                                                                                       | -Se realizan 75 encuestas de satisfacción de los servicios ambulatorios y complementarios              |
| 6                                                       | Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atención telefónica, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna                      | -Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso. Se registra en el aplicativo SI CUENTANOS dicha información como orientaciones individuales                                                 | -Se realiza orientación al ingreso de 250 usuarios en el aplicativo SI CUENTANOS                       |
| 7                                                       | Identificar población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS                                                                                                                                                                                                          | -Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Adres | -Se realiza filtro de ingreso y se entregan 60 turnos preferenciales                                   |
| 8                                                       | Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera. Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera | -Se realiza charlas informativas y charlas educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad                                                                                                                                                              | -Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad. |

| 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 |                  | \$ 2491666     |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 9488793453                                                                  | -                          |                                                  |                  |                |
| 2025                                                    | JUNIO                 | 2025          | 07  | 23             |                                                                             |                            |                                                  |                  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | DOS MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y UN MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEISPESOS |                            |                                                  |                  |                |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                     | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                  | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | COLFONDOS                                                                   | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 228100        |                |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | FAMISANAR                                                                   |                            | \$ 177938                                        | \$ 178300        |                |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | SURA                                                                        |                            | \$ 34676                                         | \$ 34800         |                |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                                             | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 441200        |                |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                                             |                            |                                                  |                  |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                                     | Número Cuenta              | de                                               | 0550477100057306 |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                                             |                            |                                                  |                  |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                                     |                            | FECHA                                            |                  |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA                                              |                            | 2025-07-25 06:59:02                              |                  |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | MARIO JAIR GARZON JARA                                                      |                            | 2025-07-28 15:33:18                              |                  |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                                              |                            | 2025-07-29 12:17:14                              |                  |                |

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.



MARIO JAIR GARZON JARA  
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y  
SERVICIO AL CIUDADANO