Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30	
Nombre del Contratista:	DAISY GUTIERREZ ROMERO		**Número de Documento:**	52460632	
Correo Electrónico:	DAISYGR80@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3165878024	
Nombre del Supervisor:	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1740-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1
Perfil:	TECNICO 1 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
K32PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	85	13803	$3713007	150.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3713007**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TRECE MIL SIETEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-03		**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	$ 1046610	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 4624005	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 3229902	1483
4	2025-09-27		4	$ 1173255	1655

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 2460448

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 2674400
3	MARZO	$ 2995328
4	ABRIL	$ 2539752
5	MAYO	$ 2760600
6	JUNIO	$ 3809628
7	JULIO	$ 3229902
8	AGOSTO	$ 2539752

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16649045	**$ 26722817**	**$ 23009810**	**$ 3713007**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública	-SE REALIZA VACUNACION A LA POBLACION ENCONTRADA DURANTE LA BAC SEGUN ESQUEMA INCOMPLETO A LA EDAD (3	ENTREGA Y REGISTRO DE SOPORTES
2	2. registrar la información de la búsqueda activa comunitaria en los instrumentos y/ o sistemas establecidos con criterios de calidad, oportunidad y veracidad.	-SE REALIZAN INFORMES DE BAC DE ACUERDO A LO NOTIFICADO EN EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA A DEMANDA (3)	-ENTREGA DE SOPORTES INFORMES DE BAC
3	3. realizar la activación de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente) y en los tiempos establecidos con criterios de calidad	-SE REALIZA CANALIZACION A DIFERENTES RUTAS A POBLACION IDENTIFICADA CON NECESIDADES DE ATENCION DURANTE LA BAC (3) -ENTREGA DE	-ENTREGA DE SOPORTES
4	4. consolidar informes de bloqueos y búsquedas activas comunitarias por localidad.	-REGISTRO DE FORMATOS DE ENTREGA DE BAC REALIZADOS CON DATOS DE LOS EVENTOS NOTIFICADOS DE INTERESES EN SALUD PUBLICA CIUDAD BOLIVAR: 800 (1) 730(2) USME: 720 (4) 730(1) 535(1) -ENTREGA DE	-ENTREGA DE SOPORTES
5	5.asistir a comité programa ampliado de inmunizaciones local.	-REUNION DE EQUIPO, COMITE PAI (1)	LISTA DE ASISTENCIA
6	6. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestión documental de la subred (foliados, rotulados, en carpeta y formato único de inventario documental (fuid) debidamente diligenciado.	-NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
7	7. participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del subsistema, programados según necesidad y oportunidad.	-PARTICIPACIÓN EN (1) REUNIÓN MENSUAL DE TRANSMISIBLES	LISTA DE ASISTENCIA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. asistir a los diferentes espacios distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados por la Secretaria Distrital De Salud y a La Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E	-PARTICIPACION EN (1) ULC MENSUAL DE VSP	-LISTA DE ASISTENCIA
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO

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	34702458	-		
2025	AGOSTO	2025	09	11				
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		SALUD TOTAL		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24074529919

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DAISY GUTIERREZ ROMERO	2025-09-29 21:27:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO	2025-09-30 10:54:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-30 17:22:16

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.



NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO
ENFERMERO

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52460632 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-09	230301	800224808	PORVENIR	1	2	227.800	300	228.100
Período salud:	2025-09	EPS002	800130907	SALUD TOTAL	1	2	178.000	300	178.300
Planilla Nro.:	34705334 Tipo I	14-11	890903790	ARL SURA	1	2	34.700	100	34.800
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	2	0	0	0
Fecha transacción:	2025-10-10	PASENA	899999034	SENA	0	2	0	0	0
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PAICBF	899999239	ICBF	0	2	0	0	0
Transacción:	1842219605	PAESAP	899999054	ESAP	0	2	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	2	0	0	0
						GRAN TOTAL			$ 441.200

PAGADO