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:	MONICA ESPERANZA SUAREZ CORDOBA		**Número de Documento:**	53089279	
Correo Electrónico:	monisua1212@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102324369	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1386-2025	**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
K26PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13803	$2539752	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2539752**	**DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS**					

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	$ 538474	711
2	2025-07-20	2025-08-31	2	$ 3133281	1197
3	2025-08-29	2025-09-30	3	$ 2539752	1483
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 2460448	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 2460448
3	MARZO	$ 2701144
4	ABRIL	$ 2539752
5	MAYO	$ 2539752
6	JUNIO	$ 2539752
7	JULIO	$ 2539752
8	AGOSTO	$ 2539752
9	SEPTIEMBRE	$ 2539752

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16649045	**$ 22860552**	**$ 22860552**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apoyo a la supervisión de tratamientos de tuberculosis y Hansen mediante las modalidades domiciliaria o virtual descritas en el Lineamiento Técnico y Operativo del Programa Nacional de Tuberculosis.	--asistencia a pacientes domiciliarios, comunitarios para entrega de medicamentos	----soporte de firmas de entrega de cada semana
2	2. Realizar Distribución de esquemas de tratamiento a casos de tuberculosis sensible y fármacorresistente y Hansen a prestadores que supervisan tratamiento.	-----distribución de entrega de medicamentos en las unidades de la subred sur e ips privadas de la localidad de ciudad bolívar, mediante aplicativo dinámico	---subred sur -formato de entrega y soportes de dinámica gerencial
3	3. Realizar recepción técnica de medicamentos verificando lotes de vencimiento, fechas, temperatura, humedad relativa, condiciones de almacenamiento y transporte seguro.	-- almacenamiento y transporte seguro. --- recepción y distribución de medicamentos entregados desde secretaría distrital de salud y entrega posterior a bodega subred sur	----soporte de entrega recepción técnica de medicamentos
4	4. Realizar el envío del formato de movimiento de medicamentos e inventario al profesional encargado de medicamentos de la Subred.	--enviar informe con calidad al referente líder del programa	-- soporte de correo electrónico de envió de productos mensuales
5	5. Seguimientos mensuales a casos de pacientes residentes y georreferenciados interdepartamental en el formato establecido por la Secretaría Distrital de Salud.	---se realiza sensibilización a pacientes y sus familiares del diagnóstico signos y síntomas la importancia de la adherencia a tratamiento y ubicación de ips para entrega de tratamiento	---mediante las llamadas y seguimientos telefónicos quedan cargados en aplicativo
6	6. Recopilar la información relacionada con el diagnóstico, de los casos diagnosticados en la localidad, para ubicación del tratamiento o georreferenciación interlocal o interdepartamental, de acuerdo con el instructivo de georreferenciación	--ubicar a los pacientes en las unidades para entrega de medicamentos de acuerdo a la ubicación de su domicilio	- ----mediante llamada telefónica y queda registrado en seguimiento telefónico

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Reportar a las gestoras indígenas del equipo de apoyo del nivel central, todos los casos de Tuberculosis o Hansen con alguna pertenencia étnica	ASISTENCIA A REUNIONES DE SOLCITUD DINAMICA DEL PROGRAMA GERENCIAL	---listado de asistencia
8	8. Recepción, consolidación y retro-alimentación de reportes de información a prestadores públicos y privados frente a calidad del dato	--asistencia a reuniones de equipo y de secretaria de salud	-listado de asistencia
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-recepcion de medicamentos a secretaria de salud	FORMATPO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS

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**	89259068	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**09**	**22**				
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	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 228600**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 178600**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 442100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4872970628

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA ESPERANZA SUAREZ CORDOBA	2025-09-23 17:04:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-09-24 09:18:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-09-25 13:56:10

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
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD