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:**	2025-10-04	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	GRACIELA MEJIA RESTREPO		**Número de Documento:**	31144521	
Correo Electrónico:	grachela89@gmail.com		**Número Telefónico:**	3128435520	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7407-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD - PIC				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

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	22800	$4195200	111.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4195200**	**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-04	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 4195200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8390400	**$ 8390400**	**$ 4195200**	**$ 4195200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Elaboración del Plan de asistencia técnica acorde al diagnóstico de necesidades identificadas en la IPS para el logro de los resultados en el programa.	-Durante la vigencia se hace un plan de visitas de asistencias técnicas	-Plan de visitas de asistencia técnicas en medio magnético
2	Realizar las asistencias técnicas bajo la modalidad virtual y/o presencial a las EAPB/IPS que atienden casos de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV)	-Durante el presente mes 8 Visitas de asistencia técnica a diferentes IPS de la Subred Sur tanto públicas y privadas, donde se hizo fortalecimiento en patologías de enfermedades transmitidas por vectores (ETV) , como dengue, malaria , enfermedad de Chagas, leishmanisis, fiebre amarilla	-Actas y listado de asistencia a las visitas de asistencia técnica
3	Participar en las asistencias y acompañamientos técnicos presenciales convocados desde la Secretaría Distrital de Salud.	-Durante el mes de se asistirá en acompañamiento técnico de la SDS el cual sera virtual el día 27/10 /2025	-Acta de acompañamiento técnico de la SDS, en medio físico
4	Identificar casos de ETV: se Realizará a través de los sistemas de información de reporte de SIVIGILA (en articulación con Vigilancia en Salud Pública), reporte de IPS, Entornos Cuidadores u otros procesos transversales.	-Durante el presente mes se realizó revisión de bases de SIVIGILA, así como la articulación con SIVIGILA, donde se identificaron casos que ingresaron al programa de ETV, además se tuvo en cuenta el sistema de información del SILASP y información de IPS de la Subred Sur	-Actas de articulación con SIVIGILA y bases de pacientes de ETV
5	Realizar Verificación de tratamientos terminados y seguimiento a casos: en el marco del seguimiento a casos se deberá propender por verificar la documentación individual para la entrega de medicamentos	-Durante el mes de octubre, finalizo tratamiento 1 caso de leishmaniasis: i) Un caso corresponde al sexo femenino de 54 años.	-Carpeta con documentación en medio magnético del caso que ingreso al programa
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se realizó el plan de acción -Portal de indicadores -Proyecto de inversión -Participación en reunión de GEPISP, y asesorías en el programa	-Documentos soporte en medio magnético Drive y medio físico respectivamente

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	$ 4762104
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8389643386	-		
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**09**	**05**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CIENTOCUATROPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	PENSIONADO	$ 1904842	$ 304775	**$ 0**
Salud		SÁNITAS		$ 238105	**$ 252500**
ARL	3	SURA		$ 46402	**$ 49300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 552823**	**$ 301800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570004870373000

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GRACIELA MEJIA RESTREPO	2025-10-23 08:31:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-24 12:24:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-27 14:02:17
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-11-18 12:40:55

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