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:**	2025-10-03	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	ANGELICA PATRICIA PUELLO GARZON		**Número de Documento:**	52952381	
Correo Electrónico:	angelicapuello95@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102062727	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7609-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1678
Perfil:	TECNICO 1 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	16200	$2980800	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-10-03	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	OCTUBRE	$ 2980800	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5961600	**$ 5961600**	**$ 2980800**	**$ 2980800**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Diligenciar registro diario de vacunación con la información de dosis aplicadas y para el caso del registro de primera infancia registrar el antecedente vacunal según necesidad	-realizar adecuado registro con información clara y veraz en el sis 150 con el antecedente vacunal en cada formato o consentimiento	-formato sis 150
2	2. Realizar seguimiento, agendamiento a población sujeto del programa con registro en el Aplicativo PAI en el módulo de cohorte3. Realizar procedimiento de vacunación teniendo en cuenta los 10 correctos para el proceso de administración verificando antecedentes vacunales y evitando errores programáticos en el momento de la administración.	-Realiza verificación previa al registro en el carnet físico y aplicativos PAI Web y Distrital.	-formato sis 150.
3	3. Realizar acciones del programa PAI en los puntos de viajeros.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual
4	Realizar seguimiento a la planeación de actividades del Programa Ampliado de Inmunización.	-Efectuar el seguimiento a la planeación y ejecución de las actividades del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), revisando el cumplimiento de los planes operativos, cronogramas, recursos asignados y resultados esperados.	--Realizar seguimiento al cumplimiento del plan de actividades del PAI.
5	Revisar y consoliDar los informes de movimiento de medicamentos inmunobiológicos por IPS, localidad y Subred, verificando que la información sea coincidente con el informe mensual de dosis aplicadas validado por el equipo de sistemas de información.	-Revisar y consolidar informes de movimiento de inmunobiológicos (por IPS, localidad y Subred).	-Soportes de control del inmunobiologico
6	Registrar en físico o digital, según programación, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio.	-Registrar, de acuerdo con la programación establecida, los controles de temperatura de los equipos de cadena de frío del centro de acopio, ya sea en formato físico o digital.	-registros hojas de temperatura disponibles para auditorías o verificaciones.
7	Diligenciar y mantener actualizado el Kardex de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos del centro de acopio de la Subred	-realizar verificación y conteo del biológico entregado para la la ejecucion o tactica programada	-realizar adecuada descarga del biológico posterior a ella registrado en el Kardex.
8	Realizar las entregas y traslados de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos a las IPS públicas y privadas, garantizando las condiciones técnicas y logísticas para la adecuada entrega de los mismos.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual
9	Asistir a las reuniones de fortalecimiento técnico PAI convocadas por la SDS.	-Asistencia y participación en cada una de las actividades propuestas por la subred o SDS	--Acta de asistencia y participación
10	ConsoliDar y hacer seguimiento al reporte de control de fechas de vencimiento de medicamentos inmunobiológicos por fabricación, ventana de uso y/o disponibilidad en el Programa Permanente y Covid-19 de la Subred.	-El seguimiento deberá permitir la identificación oportuna de lotes próximos a vencer, garantizando la optimización de recursos y la minimización de pérdidas. de biologico	--formato de seguimiento y control de inmunobiologico
11	Realizar la recepción técnica de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos, acorde a cronograma de distribución de la SDS	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
12	Realizar seguimiento a la operación de los vehículos para la entrega de medicamentos inmunobiológicos, dispositivos médicos e insumos.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual
13	Realizar el 100% de arqueos a la modalidad de extramural de la Subred y a las IPS que presenten diferencias en los arqueos reportados por el profesional intramural.	-- No aplica para el mes actual	-- No aplica para el mes actual
14	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Asistencia y participación a convocatorias extramurales para fortalecimiento físico y mental	-Acta de asistencia y participación

© Siasur - 2025

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**				
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**21**	90410877	-		$ 3064266
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES SESENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SEISPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1328600	$ 212576	**$ 227800**
Salud		SÁNITAS		$ 166075	**$ 178000**
ARL	3	POSITIVA		$ 32365	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 385586**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0570004870394758

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELICA PATRICI PUELLO GARZON	2025-10-23 19:25:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-10-25 11:05:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-10-27 15:53:43
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 12:41:31

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