

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------------|-----------------------------|------------------------|--------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-10-01 | Hasta: | 2025-10-31 | |
| Nombre del Contratista: | GERALDINE HERNANDEZ OVIEDO | | Número de Documento: | 1065811748 | |
| Correo Electrónico: | geraldin63@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3015215009 | |
| Nombre del Supervisor: | IVAN CADENA GRANDAS | Cargo: | JEFE OFICINA CALIDAD | Código - Grado: | 006-05 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------|------|------------------------------|---|
| No. Contrato: | 2338-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 8 |
| Perfil: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO V | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | OFICINA DE CALIDAD | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------|--|--------------|---------------------------------------|
| T10SA | OFICINA DE CALIDAD | ADMINISTRATIVA | \$6800000 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 6800000 | SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-01-14 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-31 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2025-08-13 | 2025-12-31 | 1 | \$ 24253333 | 1315 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | | | Valor a Pagar | |
| 1 | ENERO | | | \$ 3853333 | |
| 2 | FEBRERO | | | \$ 6800000 | |
| 3 | MARZO | | | \$ 6800000 | |
| 4 | ABRIL | | | \$ 6800000 | |
| 5 | MAYO | | | \$ 6800000 | |
| 6 | JUNIO | | | \$ 6800000 | |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | |
|--|--|---|---|---------------------------|
| 7 | JULIO | \$ 6800000 | | |
| 8 | AGOSTO | \$ 6800000 | | |
| 9 | SEPTIEMBRE | \$ 6800000 | | |
| 10 | OCTUBRE | \$ 6800000 | | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 54400000 | | \$ 78653333 | \$ 65053333 | \$ 13600000 |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
| 1 | 1. Dar direccionamiento técnico, al equipo humano asignado para el programa prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud. | Se realizó seguimiento de actividades del equipo de prevención de infecciones en relación a las herramientas de auditoría a adherencia y así como su cobertura de las unidades de la Subred Sur | Cronograma | |
| 2 | 2. Gestionar la recolección, tabulación análisis y procesamiento de información relacionada con infecciones asociadas a la atención en salud. | Se realizó tabulación y análisis de los indicadores de carga del programa de prevención de infecciones para la notificación ante entradas de control interno y externo correspondientes al mes vencido de Septiembre | Base de adherencias a las líneas de intervención del programa de prevención de infecciones- | |
| 3 | 3.Implementar y hacer seguimiento a los sistemas de vigilancia epidemiológica institucional relacionados con las infecciones asociadas a la atención en salud y la resistencia bacteriana. | Se descargaron búsquedas activas de infecciones por medio de herramienta MICRO y BAI. - Se realizo análisis de casos por Estadística vital, Reportes seguridad paciente, quejas | Correo, Bases | |
| 4 | 4.Desarrollar y dirigir actividades de prevención de infecciones. | Se realizó solicitud de información para notificación colectiva mes vencido de septiembre , se solicito transporte para visita de unidades, seguimiento de cargue de listas en plataforma de almera, plan de trabajo de calidad del mes de septiembre | correo- acta- | |
| 5 | 5. Gestionar la correcta documentación de actividades, procedimientos y recomendaciones de vigilancia epidemiológica para el programa de prevención de infecciones. | Se realiza mesa de trabajo paquete quirurgico | firma | |
| 6 | 6.Realizar la entrega oportuna de informes periódicos de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención y programa de optimización de antimicrobianos que les sean requeridos. | Se realizó notificación de WHONET, BAI endometritis, higiene de manos colectivas de mes vencido septiembre - Informes de visitas realizados por el equipo de infecciones mes vencido agosto, notificación IAD, notificación de casos 357 y 359 | -Correo | |
| 7 | 7. Participar en los comités y mesas de trabajo que le sean asignados. | comité seguridad del paciente, comité PROA. | firma | |
| 8 | 8.Ejercer la secretaria técnica del Comité de prevención vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud. | Se realizó la presentación y citación del comité de infecciones del mes del mes de Octubre | -presentación, citación y acta | |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|---|-----------------------------|
| 9 | 9. Dar respuesta a los requerimientos de entes internos y externos de control, y aseguradores, relacionados con casos de infecciones asociadas a la atención en salud. | Se enviaron indicadores a capital salud, concejal arías, seguridad del paciente | -correo |
| 10 | 10. Dar direccionamiento técnico en las visitas epidemiológicas de campo institucionales cuando sea requerido. | Seguimiento de casos de IAAS presentados en las unidades de la Subred | Actas |
| 11 | 11. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución" | Reunión equipo de IAAS, mesa creditacion gestion del riesgo, seguimiento de contracto empresa de aseo | -firmas |

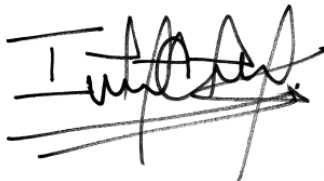
| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|---|------------|---------------|-----|---|-------------------------------------|-----------------------------|---|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 6800000 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 14 | 89823167 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | SEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | COLFONDOS | \$ 2720000 | \$ 435200 | \$ 435200 |
| Salud | | | | | SÁNTITAS | | \$ 340000 | \$ 340000 |
| ARL | | | | 3 | SEGUROS BOLIVAR | | \$ 66259 | \$ 66300 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 789398 | \$ 841500 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---------------------|------------------|----------------|---------|------------------|-------------|
| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 05300046225 |

| HISTÓRICO | | |
|--|--------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | GERALDINE HERNANDEZ OVIEDO | 2025-10-26 21:42:51 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | IVAN CADENA GRANDAS | 2025-10-27 12:07:31 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-10-28 10:47:44 |
| 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 12:40:49 |

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.



IVAN CADENA GRANDAS
JEFE OFICINA CALIDAD

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------|------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1065811748 | GERALDINE HERNANDEZ OVIEDO | | cil 30 sur # 12d-30 | 8118626 | geraldin63@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 14/10/2025 | 89823167 | \$843.700 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 340.000 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 900 | 0 | 340.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|--|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| 231001 | Colfondos | 800227940-6 | 435.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1.100 | 0 | 436.300 | 1 | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 66.300 | | | | 66.300 | 4 | 200 | 66.500 | | | 663 | 66.500 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 340.000 | 340.900 |
| Pensión | 1 | 435.200 | 436.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 66.300 | 66.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 841.500 | 843.700 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|---------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1065811748 | GERALDINE HERNANDEZ OVIEDO | | cll 30 sur # 12d-30 | 8118626 | geraldin63@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |
| | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|---------------|--|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 14/10/2025 | 89823167 | \$843.700 | | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|---------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|----|-----|-----|-------|------------|----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Com. exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MA | ASP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | |
| 1 | CC | 1065811748 | HERNANDEZ OVIEDO GERALDINE | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 2.720.000 | 435.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.720.000 | 340.000 | 14-7 | 2.720.000 | 3 | 66.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- ENERO 2025 .pdf | CTO-2338-2025- ENERO 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- FEBRERO 2025 .pdf | CTO-2338-2025- FEBRERO 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- MARZO 2025 .pdf | CTO-2338-2025- MARZO 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- ABRIL 2025 .pdf | CTO-2338-2025- ABRIL 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- MAYO 2025 .pdf | CTO-2338-2025- MAYO 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- JUNIO 2025 .pdf | CTO-2338-2025- JUNIO 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- JULIO 2025 .pdf | CTO-2338-2025- JULIO 2025 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- AGOSTO 2025 .pdf .pdf | lovepdf_merged-3 .pdf | Proveedor Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-2338-2025- SEPTIEMBRE 2025 .pdf .pdf | CTO-2338-2025- SEPTIEMBRE 2025 .pdf .pdf | Proveedor Detalle |