

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

| DATOS DEL INFORME       |                                  |            |                      |               |          |
|-------------------------|----------------------------------|------------|----------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                           | 2025-11-01 | Hasta:               | 2025-11-30    |          |
| Nombre del Contratista: | MARTHA BIBIANA HERNANDEZ CAMARGO |            | Número de Documento: | 20370987      |          |
| Correo Electrónico:     | BIBIH31@HOTMAIL.COM              |            | Número Telefónico:   | 3124214431    |          |
| Nombre del Supervisor:  | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO         | Cargo:     | ENFERMERO            | Código Grado: | - 243-20 |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                                |               |      |                       |      |
|-------------------------------|------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                 | 7530-2025                                      | 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     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K32PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                      | 184          | 56                       | 16200      | \$3888000 | 130.4%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3888000                               | TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2025-10-02          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-11-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP        |
| 1                                   | 2025-11-14   | 2026-01-09          | 1           | \$ 3888000                                | 1889       |
| 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                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$ 9849600                                                                                                             | \$ 2980800                                               | \$ 6868800         |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                     |                    |
| 1                                                       | Desarrollar acciones de búsqueda activa comunitaria, para identificar población que requiera vacunación, con sintomatología relacionada con evento de salud pública                                                                                                                                        | -SE REALIZA CANALIZACIÓN A LA POBLACIÓN ENCONTRADA DURANTE LA BAC SEGÚN ESQUEMA INCOMPLETA A LA EDAD (2)               | -ENTREGA Y REGISTRO DE SOPORTES                          |                    |
| 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               | -ENTREGA DE SOPORTES INFORMES DE BAC                     |                    |
| 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 CANALIZACIÓN A DIFERENTES RUTAS, A POBLACIÓN IDENTIFICADA CON NECESIDADES DE ATENCIÓN DURANTE LA BAC (2)   | -ENVÍO DE SOPORTES                                       |                    |
| 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  | -ENTREGA DE SOPORTES                                     |                    |
| 5                                                       | Asistir a comité programa ampliado de inmunizaciones local.                                                                                                                                                                                                                                                | -REUNIÓN DE EQUIPO, COMITÉ PAI (1)                                                                                     | -LISTA DE ASISTENCIA                                     |                    |
| 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 DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO                                                               | -NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO |                    |
| 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                                     |                    |
| 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                                                                            | -PARTICIPACIÓN EN (1) ULC MENSUAL DE VSP                                                                               | -LISTA DE ASISTENCIA                                     |                    |
| 9                                                       | Mantener un proceso de autoaprendizaje continuo y actualizado sobre las técnicas de vacunación, los principios de bioseguridad y los signos de alarma relacionados con las alertas epidemiológicas vigentes. Deberá aplicar este conocimiento para garantizar la seguridad y el bienestar de los usuarios. | -PARTICIPACION EN CAPACITACIONES PARA LA IDENTIFICACION Y EDUCACION DE LOS EPV,SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA PARA LA BAC | -LISTA DE ASISTENCIA BLOQUEO                             |                    |
| 10                                                      | Hacer uso óptimo y racional de todos los insumos que se encuentran relacionados en el anexo 8 en el actual Convenio interadministrativo pactado entre la subred sur y la secretaría distrital de salud                                                                                                     | -ENTREGA DE ELEMNTOS DE PROTECCION PERSONAL Y MANEJO DE COMPUTO                                                        | -LISTA DE ENTREGA                                        |                    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                   | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA                                     |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 11                                                      | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -NO SE DESARROLLA LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO                   | -NO SE DESARROLLA 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 |                     | \$ 2980800     |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 1076388031                                             | -                          |                                                  |                     |                |
| 2025                                                    | OCTUBRE               | 2025          | 11  | 11             |                                                        |                            |                                                  |                     |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                     |                |
| Item                                                    |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                     | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |     | NO             | PORVENIR                                               | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 227800           |                |
| Salud                                                   |                       |               |     |                | SÁNTAS                                                 |                            | \$ 177938                                        | \$ 178000           |                |
| ARL                                                     |                       |               |     | 3              | SURA                                                   |                            | \$ 34676                                         | \$ 34700            |                |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |                                                        | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 440500           |                |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |                                                        |                            |                                                  |                     |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                |                            | Número de Cuenta                                 | 4870507698          |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |     |                |                                                        |                            |                                                  |                     |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |     |                | USUARIO                                                |                            |                                                  | FECHA               |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | MARTHA BIBIANA HERNANDEZ CAMARGO                       |                            |                                                  | 2025-11-28 12:34:36 |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO                               |                            |                                                  | 2025-11-28 12:39:04 |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                              |                            |                                                  | 2025-12-01 09:07:13 |                |

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*

NANCY RODRIGUEZ CHAPARRO  
ENFERMERO

**Fecha creación reporte:** 2025-12-11, 08:03:07 AM

**Tipo Planilla:**

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Numéro Planilla:**

1077926764

**Periodo Cotización:**

noviembre de 2025

**Periodo Servicio:**

noviembre de 2025

**PAGADO 11/12/2025**

## I. DATOS DEL APORTANTE

|                            |                                  |                           |                                |
|----------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <b>Razón Social</b>        | MARTHA BIBIANA HERNANDEZ CAMARGO |                           |                                |
| <b>Documento</b>           | CC20370987                       | <b>Dirección</b>          | CL 37 SUR #38 - 161 T6 APT 601 |
| <b>Tipo de Empresa</b>     | INDEPENDIENTE                    | <b>Teléfono</b>           | 9046592                        |
| <b>Tipo Persona</b>        | NATURAL                          | <b>Forma Presentación</b> | ÚNICO                          |
| <b>Ciudad</b>              | SOACHA                           | <b>Departamento</b>       | CUNDINAMARCA                   |
| <b>Representante Legal</b> |                                  | <b>Identificación</b>     |                                |
| <b>Total Afiliados</b>     | 1                                | <b>ARP</b>                | ARL SURA                       |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                  |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |          |          | Salud    |          |                | Riesgos           |                |                | Cajas                |              |            | Parafiscales |                |                |                      | Total       |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|----------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|----------|----------|----------|----------|----------------|-------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|------------|--------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres              | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | TSP | COR | VST | SIN | IGE | LMA | VAC | NVT | NCT | IRP       | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión       | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud            | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 20370987        | MARTHA BIBIANA HERNANDEZ CAMARGO | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |           | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230301) PORVENIR | \$ 1.555.200   | \$ 248.900     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.555.200 | \$ 194.400 | 2,436        | \$ 1.555.200   | \$ 37.900      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 481.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.555.200 | \$ 1.555.200 | \$ 1.555.200 | \$ 0      | \$ 248.900      | \$ 194.400    | \$ 37.900       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 481.200                     | \$ 0                    | \$ 481.200  |