| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-11-01 | **Hasta:** | 2025-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | NORMA CONSTANZA GALINDO SOSA | | **Número de Documento:** | 52745224 | |
| **Correo Electrónico:** | normisc26@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3008547739 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7184-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1678 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K28PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 26300 | $4839200 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 4839200** | **CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS 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 | $ 4839200 | 1889 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | OCTUBRE | $ 4839200 |
| 2 | NOVIEMBRE | $ 4839200 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **$ 9678400** | **$ 14517600** | **$ 9678400** | **$ 4839200** |

| **OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)** | | **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN** | **PRODUCTO O EVIDENCIA** |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Realizar Búsqueda Activa de SAFL-L | -Se realiza 3 sesiones de búsqueda Activa | -Actas y listado de Asistencia |
| 2 | 2. BrinDar Asistencia Técnica y Verificación de SAFL-L | -Se realizan 16 asistencias técnicas de forma presencial y 1 asistencia de forma virtual | -Actas y listado de asistencia |
| 3 | 3. RealizarFortalecimiento de capacidades | -Se desarrolla 1 fortalecimiento de capacidades a Encargados de SAFL-L y 1 fortalecimiento de capacidades a familias gestantes y lactantes | -Actas y listados de asistencia |
| 4 | 4. BrinDar Asistencia Técnica y Promoción de Zonas Públicas de Lactancia | -Se realiza 4 sesiones de asistencia técnica a Zonas de lactancia materna | Actas y listados de asistencia |
| 5 | 5. Realizar Recolección de información | -Se realiza la recolección de la información por medio de matriz drive desde nivel central delas SAFL-L | -Matriz Drive |
| 6 | 6. Dar respuesta oportuna al nivel central frente a solicitudes de apoyo técnico, logístico y operativo en el diseño, implementación y evaluación de acciones relacionadas con la gestión de la acción de bienestar. | -Se asistieron a reuniones tanto virtuales como presenciales con SDS | -Actas y listados de Asistencia |
| 7 | 7. Asistir, participar y Dar cumplimiento con los compromisos establecidos en el marco de la mesa técnica de seguridad alimentaria de la Subred (Los profesionales que desarrollan acciones en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN)) | -Se asiste a la mesa técnica SAN del mes de Noviembre | -Acta y Listado de Asistencia |
| 8 | 8. Participar activamente en acciones de socialización y divulgación de la estrategia, garantizando la difusión de los objetivos, alcances y resultados de la acción de bienestar en los diferentes escenarios comunitarios, institucionales e intersectoriales, cuando se demande. | -Se realiza reunión con estrategia IAMI | -Acta y Listado de Asistencia |
| 9 | 9. Participar en la definición y gestión de estrategias para la promoción y avance de la estrategia en diferentes contextos (laborales, comunitarios, institucionales y de espacio público), en articulación con los referentes del nivel central. | -Se asiste a reunión del entorno laboral | -Actas listados de asistencia |
| 10 | 10.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -No se ha realizado | -N/A |

## 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 | 9493552338 | - | | $ 4839200 |
| 2025 | OCTUBRE | 2025 | 11 | 07 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | COLFONDOS | $ 1935680 | $ 309709 | $ 320200 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 241960 | $ 250200 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 47153 | $ 48900 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 561773** | $ 619300 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 66957005706 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NORMA CONSTANZA GALINDO SOSA | 2025-11-26 19:05:22 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | HELDA JANETH ESCOBAR JIMENEZ | 2025-11-27 07:55:19 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NORMA CONSTANZA GALINDO SOSA | 2025-11-27 08:14:04 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-11-28 10:08:02 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NORMA CONSTANZA GALINDO SOSA | 2025-11-28 18:06:03 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-12-01 12:59:58 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NORMA CONSTANZA GALINDO SOSA | 2025-12-02 10:51:57 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2025-12-02 12:43:59 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-12-02 16:08:08 |
| 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 | 2025-12-10 12:40:44 |

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**