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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	FABIOLA MARTINEZ RINCON		**Número de Documento:**	52875073	
Correo Electrónico:	minyapaez@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143263042	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6917-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	16200	$2980800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2980800**	**DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-27	2026-01-09	1	$ 3875040	1957

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 2980800
2	NOVIEMBRE	$ 2980800

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

© Siasur - 2025

$ 5961600	**$ 9836640**	**$ 5961600**	**$ 3875040**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	Obtener consentimiento informado verbal o escrito, brindando información clara sobre beneficios, posibles reacciones y cuidados posteriores a la vacunación.	-Diligenciamiento de consentimientos informado verbal o escrito, brindando información clara sobre beneficios, posibles reacciones y cuidados posteriores a la vacunación.	-Entrega de formatos con calidad,sin tachones ni enmendaduras a jefe encargado del programa.
2	Aplicar los biológicos conforme a la vía, dosis, técnica y lineamientos técnicos del PAI, verificando antecedentes vacunales y cumpliendo los 10 correctos del proceso de administración, evitando errores programáticos.	-Aplicacion de los biológicos conforme a la vía, dosis, técnica y lineamientos técnicos del PAI, verificando antecedentes vacunales y cumpliendo los 10 correctos del proceso de administración, evitando errores programáticos.	-Validación de los lineamientos en Manual Tecnico Administrativo PAI,reporte a lider inmediato de cualquier novedad presentada en la jornada.
3	Diligenciar y registrar de manera inmediata, completa y confiable la vacunación en carné individual, formatos internos, sistemas institucionales y aplicativo PAI (incluido módulo de cohorte), asegurando trazabilidad y calidad de la información.	-Diligenciamiento y registro de manera inmediata, completa , confiable la vacunación en carné individual, formatos internos, sistemas institucionales y aplicativo PAI (incluido módulo de cohorte), asegurando trazabilidad y calidad de la información.	-Entrega de sis 151 con veracidad de la información de los usuarios ,diligenciamiento de carné(fecha,lotes,entidad,nombre de vacunador)con calidad sin tachones,enmendaduras diario a jefe encargado. Diligenciamiento en modulo de seguimiento a cohorte del aplicativo PAI de los usuarios asignados.
4	Orientar al usuario, cuidador o familia sobre signos de alarma, posibles efectos adversos, cuidados posteriores y rutas de atención en caso de eventos adversos.	-Orientar al usuario, cuidador o familia sobre signos de alarma, posibles efectos adversos, cuidados posteriores y rutas de atención en caso de eventos adversos.	-Brindar una información clara ,concisa y veras sobre las reacciones y cuidados posvacunales a los usuarios o cuidadores evitando posibles efectos adversos.
5	Realizar seguimiento y monitoreo posterior a la vacunación, incluyendo la detección y notificación oportuna de eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunación (ESAVI) en los canales oficiales.	-Realización, seguimiento y monitoreo posterior a la vacunación, incluyendo la detección y notificación oportuna de eventos adversos supuestamente atribuibles a vacunación (ESAVI) en los canales oficiales.	-Seguimiento telefónico indagando sobre estado de salud del usuario, síntomas después de la aplicación del biológico,entrega de formatos acta de baja,acta de seguimiento,reporte anexo 7.
6	Participar en la planeación, organización y ejecución de jornadas comunitarias y domiciliarias de vacunación, articulando con el equipo MAS Bienestar en tu Hogar y con las instituciones aliadas.	-Participación en la planeación, organización y ejecución de jornadas comunitarias y domiciliarias de vacunación, articulando con el equipo MAS Bienestar en tu Hogar y con las instituciones aliadas.	-Entrega de acta de asistencia al evento programado -Cronograma de jornadas asignadas al equipo EMB.
7	Gestionar el componente administrativo del proceso, consolidando reportes en el aplicativo PAI, participando en comités o asistencia técnica del programa cuando se requiera.	-Consolidando reportes en el aplicativo PAI, participando en comités o asistencia técnica del programa cuando se requiera.	-Asistencia y firma de acta a las diferentes reuniones asignadas al Equipo Mas Bienestar.
8	Apoyar actividades de educación comunitaria sobre autocuidado, importancia de completar esquemas de vacunación y beneficios de la inmunización en salud pública.	-Apoyar actividades de educación comunitaria sobre autocuidado, importancia de completar esquemas de vacunación y beneficios de la inmunización en salud pública.	-Entrega de acta de asistencia a jefe encargado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Registrar de manera completa, oportuna y con calidad todas las actividades realizadas en los sistemas de información institucionales y en el aplicativo GTAPS, garantizando la trazabilidad de la atención y el cumplimiento de los lineamientos establecidos.	-Registrar de manera completa, oportuna y con calidad todas las actividades realizadas en los sistemas de información institucionales y en el aplicativo GTAPS, garantizando la trazabilidad de la atención y el cumplimiento de los lineamientos establecidos.	-Esta actividad no se realiza en la vigencia de este informe.
10	Ejecutar otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las acciones misionales de la entidad.	-Ejecutar otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las acciones misionales de la entidad.	-Realización de actividades asignadas con calidad,veracidad y diligencia.
11	Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	-Participación activa a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	--Firma de acta de asistencia a los espacios convocados.
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Participación de otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realización de actividades asignadas con calidad,veracidad y diligencia.

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**	1077197833	-		
2025	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**10**				
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	COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud					FAMISANAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL				3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870236751

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FABIOLA MARTINEZ RINCON	2025-12-10 19:25:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-12-13 17:26:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-12-15 13:13:53

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-10, 12:06:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077197833

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8834779960

PAGADO 10/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FABIOLA MARTINEZ RINCON		
Documento	CC52875073	**Dirección**	CR 11F #43 - 19 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5682724
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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 52875073	FABIOLA MARTINEZ RINCON	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.423.500	$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.423.500	$ 178.000	2,436	$ 1.423.500	$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.423.500	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000

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
$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 469.000	$ 0	$ 469.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL SURA 52875073 CTO 6917-2025.pdf	ARL SURA 52875073 CTO 6917-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6917-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6917-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6917-2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025 CTO 6917-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >