

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

| | | | | |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2026-04-01 | Hasta: | 2026-04-30 |
| Nombre del Contratista: | LIDIA YINETH MAHECHA SANTANA | | Número de Documento: | 52218521 |
| Correo Electrónico: | enanis777@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3103062402 |
| Nombre del Supervisor: | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: - 242-25 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--|----------------------|------|------------------------------|------|
| No. Contrato: | 7251-2025 | 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 |
|-------------------------------------|--|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| K29PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 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 | 2025-10-03 | | | 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 | \$ 2980800 | 1889 |
| 2 | 2026-01-02 | 2026-03-31 | 2 | \$ 8942400 | 3 |
| 3 | 2026-03-02 | 2026-04-30 | 3 | \$ 2980800 | 448 |
| 4 | 2026-04-15 | 2026-05-31 | 4 | \$ 2980800 | 803 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | | | Valor a Pagar | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------|
| 1 | | OCTUBRE | \$ 2980800 | |
| 2 | | NOVIEMBRE | \$ 2980800 | |
| 3 | | DICIEMBRE | \$ 2883600 | |
| 4 | | ENERO | \$ 3078000 | |
| 5 | | FEBRERO | \$ 2980800 | |
| 6 | | MARZO | \$ 2980800 | |
| 7 | | ABRIL | \$ 2980800 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 5961600 | | \$ 23846400 | \$ 20865600 | \$ 2980800 |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
| 1 | Realizar acercamiento y concertación con la institución educativa | Se realizo acercamiento y se concertaron 3 instituciones educativas. | Formato de actas de asistencia debidamente diligenciadas | |
| 2 | Realizar el Tamizaje Nutricional, visual y auditivo acorde a los cursos concertados. | Se efectuaron los tamizajes, según los protocolos establecidos, garantizando la cobertura programada. | Diligenciar formato registro tamizaje nutricional. | |
| 3 | Realizar canalización a casos que no pasan los tamizajes y seguimiento a los casos | Se identificaron y canalizaron los diferentes casos con alteraciones, realizando seguimiento oportuno. | Diligenciar formato registro tamizaje nutricional. | |
| 4 | Socialización de resultados a docentes, padres, madres y cuidadores y entrega de infografía a la institución o jardín con recomendaciones en salud con énfasis en los casos con alteración. | Se ejecutaron reuniones y se hicieron las llamadas respectivas a padres de familia y cuidadores y se socializo con docentes los resultados obtenidos. | Formato actas de asistencia debidamente diligenciados y sin enmendaduras | |
| 5 | Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas. | Se ejecutar las actividades de acuerdo al cronograma establecido. | Formato debidamente diligenciado y sin enmendaduras | |
| 6 | Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad. | Consolidación de la información recolectada en los tiempos establecidos para registrarla en los formatos con calidad. | Formatos de actas e informes requeridos debidamente diligenciados y sin enmendaduras. | |

| 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 | \$ 2980800 | |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | | |
| 2026 | MARZO | 2026 | 04 | 15 | 4647199141 | - | | | |
| 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 | \$ 1750905 | \$ 280145 | \$ 280200 |
| Salud | | | | | | MEDIMAS | | \$ 218863 | \$ 218900 |
| ARL | | | | | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | \$ 42652 | \$ 42700 |
| Caja de Compensación | | | | | NO | | Total | \$ 508148 | \$ 541800 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 475870003047 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | LIDIA YINETH MAHECHA SANTANA | | 2026-04-20 12:04:43 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | | 2026-04-21 10:07:16 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | | 2026-04-21 13:52:44 | | |
| 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 | | 2026-05-11 15:36:39 | | |

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