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:**	2026-08-01	**Hasta:**	2026-08-31	
Nombre del Contratista:	NANCY AVENDAÑO HEREDIA		**Número de Documento:**	51982277	
Correo Electrónico:	psicologa129@gmail.com		**Número Telefónico:**	3114614593	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4188-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	448
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO II				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	33	22800	$4947600	117.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4947600**	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2026-03-09		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2026-04-15	2026-05-31	1	$ 5174080	803
2	2026-05-15	2026-06-30	2	$ 2622000	1045
3	2026-07-01	2026-07-31	3	$ 4195200	1358
4	2026-08-01	2026-08-31	4	$ 4195200	1471
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	MARZO	$ 2622000
2	ABRIL	$ 4195200
3	MAYO	$ 4195200
4	JUNIO	$ 4195200
5	JULIO	$ 4195200
6	AGOSTO	$ 4947600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7411520	**$ 23598000**	**$ 24350400**	**$ -752400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"1. Realizar Sesión de acercamiento y concertación	No se realizaron durante el mes	No aplica
2	2. Realizar Sesiones educativas con estudiantes, padres de familia y docentes.	Durante el mes se realizaron 19 aperturas y 35 seguimientos a adolescentes gestantes y lactantes Se dio fortalecimiento a la gestantes y lactantes en salud mental autocuidado e identificación de factores de riesgo	Sesiones individuales
3	3. Realizar Sesiones educativas masivas .	No se realizaron durante el mes	No aplica
4	4. Realizar Sesiones educativas individuales dirigidas a estudiantes, padres, madres, cuidadores y docentes	Durante el mes se realizaron 19 aperturas y 35 seguimientos a adolescentes gestantes y lactantes Se dio fortalecimiento a la gestantes y lactantes en salud mental autocuidado e identificación de factores de riesgo	Sesiones individulaes
5	5. Diligenciamiento prest y post de docentes	No se realizaron durante el mes	No aplica
6	6. Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	Se realiza la entrega de informes en los tiempos establecidos	Entrega oportuna
7	7. Presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	No se realizan durante el mes.	No aplica
8	8. Ejecutar otras actividades propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto del contrato y orientadas al fortalecimiento de las acciones misionales del Programa."	No se realizan durante el mes	no aplica

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	$ 4195200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	94300208	-		
2026	**JULIO**	**2026**	**08**	**13**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 288000**
Salud		EPS SURA		$ 218863	**$ 225000**
ARL	3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$ 42652	**$ 43900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 556900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24152663168

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY AVENDAÑO HEREDIA	2026-08-29 10:19:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2026-08-30 05:18:25
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-08-30 16:18:53
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	2026-09-15 11:58:50

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