

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

| DATOS DEL INFORME       |                                    |            |                                      |               |          |
|-------------------------|------------------------------------|------------|--------------------------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                             | 2025-03-01 | Hasta:                               | 2025-03-31    |          |
| Nombre del Contratista: | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO     |            | Número de Documento:                 | 20660305      |          |
| Correo Electrónico:     | lamobi.26@gmail.com                |            | Número Telefónico:                   | 3132714560    |          |
| Nombre del Supervisor:  | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código Grado: | - 242-25 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                          |               |      |                       |   |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|---|
| No. Contrato:                  | 4476-2025                                | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1 |
| Perfil:                        | PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC          |               |      |                       |   |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD |               |      |                       |   |
| Unidad de Servicios:           | SALUD PÚBLICA                            |               |      |                       |   |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                          |                                                                                   |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                                | Unidad                                                                            | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| K30PI                        | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA                                                                     | 184          | 12                       | 21729      | \$4258884 | 110.3%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4258884                               | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-29          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-07-23 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             | \$ 3998136                                |            |
| 2                                   | MARZO               | \$ 4258884                                |            |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 23988816                | \$ 23988816              | \$ 8257020       | \$ 15731796        |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                   | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                            |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 1                                                              | realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.                           | -Se realiza consejería en salud sexual y reproductiva, no se aplican pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, actividad que no la realiza cuidate y se feliz                  | - Ficha de registro en punto cuidate se feliz          |
| 2                                                              | Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.                                                    | -Realizar intervención, mediante 22 jornadas identificando riesgos en la salud sexual y reproductiva y en condiciones crónicas en la comunidad.                                     | -Ficha de registro en punto cuidate se feliz           |
| 3                                                              | Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios                                                                                                                                                                           | -Durante las jornadas no se identificaron sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles                                                                                       | -No aplica en esta actividad                           |
| 4                                                              | Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales.                                                                            | -En el desarrollo de las 22 jornadas, se realiza el proceso tamizajes y se brinda asesorías individuales en hábitos saludables.                                                     | - Ficha de registro en punto cuidate se feliz          |
| 5                                                              | Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos.                                                                                | -Se da a conocer a algunos usuarios que participaron en las jornadas los derechos sexuales y derechos reproductivos. y se da a conocer a una usuaria la línea purpura               | -Ficha de registro en punto cuidate se feliz           |
| 6                                                              | canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.                                                                  | -Se realiza 35 canalizaciones a las rutas 1 (promoción y mantenimiento de la salud) 30, ruta 2 (riesgo o presencia a enfermedades cardiovasculares) 4 y ruta 16 visual y auditiva 1 | -Correo electrónico de canalizaciones y registro drive |
| 7                                                              | cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.                                                                                                                                                                                     | -Se da cumplimiento con los soportes frente a la puntualidad y calidad.                                                                                                             | -Acta de entrega al profesional de apoyo               |
| 8                                                              | Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. 9. Presentar productos para precrítica y preauditoría. 10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Se da cumplimiento a la precrítica cada 15 días                                                                                                                                    | -Acta profesional de apoyo.                            |

| 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 | \$ 4258884     |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                           | AÑO           | MES | DÍA | 9481846954                                                                        | -                          |                                                  |                |
| 2025                                                                                                                                   | MARZO                         | 2025          | 03  | 31  |                                                                                   |                            |                                                  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                               |               |     |     | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS |                            |                                                  |                |
| Item                                                                                                                                   |                               |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                           | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |
| Pensionado                                                                                                                             |                               |               |     | NO  | PROTECCIÓN                                                                        | \$ 1703554                 | \$ 272569                                        | \$ 272600      |
| Salud                                                                                                                                  |                               |               |     |     | COMPENSAR                                                                         |                            | \$ 212944                                        | \$ 213000      |
| ARL                                                                                                                                    |                               |               |     | 3   | SEGUROS BOLIVAR                                                                   |                            | \$ 41499                                         | \$ 41500       |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                               |               |     | NO  |                                                                                   | Total                      | \$ 494406                                        | \$ 527100      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                               |               |     |     |                                                                                   |                            |                                                  |                |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                                                    | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 24142560844    |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                               |               |     |     |                                                                                   |                            |                                                  |                |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                               |               |     |     | USUARIO                                                                           |                            | FECHA                                            |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                               |               |     |     | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO                                                    |                            | 2025-03-29 11:34:21                              |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                               |               |     |     | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                                                |                            | 2025-03-30 15:37:09                              |                |
| RECHAZADO CONTRATACIÓN                                                                                                                 |                               |               |     |     | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                                         |                            | 2025-03-31 09:10:39                              |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                               |               |     |     | BIBIANA CONSUELO LADINO MORENO                                                    |                            | 2025-03-31 10:20:10                              |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                               |               |     |     | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA                                                |                            | 2025-03-31 10:26:53                              |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                               |               |     |     | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                                         |                            | 2025-04-01 08:27:45                              |                |
| 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                                                    |                            | 2025-04-14 16:20:24                              |                |

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 Montilla*

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**