

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31		
<b>Nombre Contratista:</b>	del	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL	<b>Número de Documento:</b>	52841612		
<b>Correo Electrónico:</b>	pacaleal@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3041323803		
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	<b>Cargo:</b>	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b>	-

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3000-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	480
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA OCUPACIONAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M06OCME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	12	18440	\$3540480	103.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 3540480</b>	<b>TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-02-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-04-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 7412880	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 7080960	1553
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 7080960	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 3540480	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 3540480	2773
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal. 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2024

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>			
1	FEBRERO	\$ 3540480	
2	MARZO	\$ 3540480	
3	ABRIL	\$ 3540480	
4	MAYO	\$ 3540480	
5	JUNIO	\$ 3540480	
6	JULIO	\$ 3540480	
7	AGOSTO	\$ 3540480	
8	SEPTIEMBRE	\$ 3540480	
9	OCTUBRE	\$ 3540480	
10	NOVIEMBRE	\$ 3540480	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>
\$ 10289520		\$ 38945280	\$ 35404800
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>SALDO DEL CONTRATO</b>	
\$ 10289520		\$ 3540480	
<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	1). Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapeutico) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Aplicar guías de manejo, manuales de procedimientos de la subred Sur.	Historia Clínica magnética.
2	2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	Aplicar guías de manejo, manuales de procedimiento de la Subred sur.	Historia Clínica magnética.
3	3). Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	Adherencia y aplicaciòn de procedimientos especificos del perfil profesional.	Actas de capacitaciòn-Control documental.

	<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>
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	Adherencia y aplicación de procedimientos específicos del perfil profesional.	Actas de capacitación-Control documental.
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Clínica, Plan de manejo y Evolución.	Historia Clínica magnética.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Adherencia a los Protocolos, Guías y Procedimientos Institucionales.	Actas de capacitación - Control documental.
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Clínica, Plan de manejo y Evolución.	Historia Clínica magnética.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	Diligenciamiento de recomendaciones dadas a familiares y/o cuidadores en Historia Clínica.	Historia Clínica magnética.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Cumplir las actividades asignadas por la Dirección de Servicios Complementarios en los diferentes servicios.	Actas de capacitación-Control documental.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 3540480
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	NOVIEMBRE	2024	12	10	81922057	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado			NO		ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1416192	\$ 226591	\$ 227600
Salud					COMPENSAR		\$ 177024	\$ 177900
ARL			3		SURA		\$ 34498	\$ 34700
Caja de Compensación			SI		COMPENSAR		<b>Total</b>	<b>\$ 411008</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	7500944900	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		2024-12-13 12:11:30	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ		2024-12-16 11:47:04	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-12-17 12:38:19	

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.



**CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ**  
**DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52841612	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		CARRERA 78 No. 0-70 INT. 19 APTO 202	6017158712	pacaleal@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	81922057	\$468.800	

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

#### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	177.100	0		0		0	6	800	0	177.900	1

#### TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	226.600	0	0	0	0	6	1.000	0	227.600	1

#### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.500				34.500	6	200	34.700			345	34.700	1

#### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.400	6	200	28.600	1

#### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	6	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	6	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

#### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	177.100	177.900
Pensión	1	226.600	227.600
Riesgos Laborales	1	34.500	34.700
CCF	1	28.400	28.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>466.600</b>	<b>468.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52841612	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL	CARRERA 78 No. 0-70 INT. 19 APTO 202	6017158712	pacaleal@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	10/12/2024	81922057	\$468.800	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52841612	CASTRO LEAL CLAUDIA PATRICIA	59	0		N																		25-14	1.416.200	226.600	0	0	0	0	EPS008	1.416.200	177.100	14-11	1.416.200	3	34.500	CCF24	1.416.200	28.400	0	0	0	0	0

# PAGADA



### Datos guardados

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

[VER CONTRATO](#)

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje  Recepción de artículos

#### 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
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf (Archivado)	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MARZO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MARZO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MAYO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MAYO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JULIO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JULIO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES NOVIEMBRE 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES NOVIEMBRE 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

## ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Te identificas como:

**ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024**

Se registró la información con éxito

Aceptar

3. Grupo étnico

Pregunta requerida

4. Tiene alguna discapacidad

- Si
- No

Pregunta requerida

Siguiente

