

**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>	2025-01-01	<b>Hasta:</b>	2025-01-20			
<b>Nombre Contratista:</b>	del	LORENA CAROLINA SANABRIA GOMEZ	<b>Número de Documento:</b>	1010195060			
<b>Correo Electrónico:</b>	lcsanabriag@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3214622243			
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	<b>Código Grado:</b>	-	009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2680-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	465
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA FÍSICO				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M06JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	124	0	17420	\$2160080	95.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2160080</b>	<b>DOS MILLONES CIENTOSESENTA MIL 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	\$ 6480240	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 6480240	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 6480240	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 3240120	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 3240120	2773

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 972036	2962
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 1188044	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 1188044	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 972036	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 972036	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 1188044	26
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO		\$ 3240120		
2	MARZO		\$ 3240120		
3	ABRIL		\$ 3240120		
4	MAYO		\$ 3240120		
5	JUNIO		\$ 3240120		
6	JULIO		\$ 3240120		
7	AGOSTO		\$ 3240120		
8	SEPTIEMBRE		\$ 3240120		
9	OCTUBRE		\$ 3240120		
10	NOVIEMBRE		\$ 3240120		
11	DICIEMBRE		\$ 3240120		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
\$ 9720360		\$ 42121560		\$ 35641320	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>SALDO DEL CONTRATO</b>	
\$ 9720360		\$ 42121560		\$ 6480240	
<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 terapéutico) 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	-Atencion de usuarios programados para Valoración RIPS Y CERTIFICADOS CARGADOS A SISPRO		-RIPS Y CERTIFICADOS CARGADOS A SISPRO	
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Recomendaciones a pacientes, entrega de certificado y opciones de beneficios para personas en situación de discapacidad		-certificado de discapacidad	

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

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2025

	<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>
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	-Registro de información de paciente en RIPS, agendamiento y SISPRO	-Certificado de discapacidad debidamente diligenciado y cargado a SISPRO
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.	-ACATAR RECOMENDACIONES Y RETROALIMENTACIONES CONSTANTES DE SECRETARIA DE SALUD EN CUANTO A DILIGENCIAMIENTO DE CERTIFICADO EN SISPRO	-CERTIFICADOS CARGADOS EN SISPRO Y RETROALIMENTACION MENSUAL DEL MISMO
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.	-Apertura de agenda en CAPS Carmen, CAPS Betania, visitas domiciliarias y visitas a Sumapaz para generar captación de usuarios en lista de espera para su certificado	-RIPS a y agenda, generación de certificado
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Consenso de equipo multidisciplinario, médico, fisioterapeuta y fonoaudióloga para estudio de historia clínica antes de generar el certificado de discapacidad	--Certificado de discapacidad cargado a SISPRO
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.	-Revisión multidisciplinaria de historia clínica y verificación de la misma en presencia de paciente evaluando sus capacidades según su diagnóstico	-Selección de códigos correspondientes a diagnóstico de paciente
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Se le informa en el momento de la entrega de los certificados al paciente y acompañante los códigos valorados, la categoría de su discapacidad y el porcentaje en cada desempeño del usuario	-Certificado con registro de datos de paciente, códigos de su certificación y categoría de discapacidad
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--actividades administrativas tales como carga de certificados, orden de agendamiento, respuestas y peticiones a la secretaria, cruce de estadísticas, entrega de las mismas.	-Estadística mensual, carga de certificados, agendamiento en drive

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	DICIEMBRE	2025	01	07	1069365785	-	\$ 3240120	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA MIL CIENTOVEINTEPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1296048	\$ 207368	\$ 208000
Salud					NUEVA EPS		\$ 162006	\$ 162500
ARL				3	SURA		\$ 31572	\$ 31700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	<b>Total</b>	<b>\$ 376139</b>	<b>\$ 402200</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870413194	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SANABRIA GÓMEZ LORENA CAROLINA		2025-01-27 13:10:11		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2025-01-30 09:50:19		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2025-01-30 09:54:23		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-30 13:09:28		

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.



**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**  
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS