

**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	MARIA FERNANDA REYES GUZMAN	<b>Número de Documento:</b>	1010228133		
<b>Correo Electrónico:</b>	maferreyes0425@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3133541075		
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	<b>Código Grado:</b>	-

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3005-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	480
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA FÍSICO				
<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	Procentaje(%) Centro de Costos
M06ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	100	12	18440	\$2065280	86%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2065280	<b>DOS MILLONES SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS 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
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 1217040	2962

Carrera 20 No. 47 b - 33 Sur --- Código postal. 110611

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 2240600	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 2240600	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 1217040	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 1217040	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 2240600	26
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</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	
11		DICIEMBRE		\$ 3540480	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
\$ 10289520		\$ 49318200		\$ 38945280	
				<b>SALDO DEL CONTRATO</b>	
				\$ 10372920	
<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 procedimientos de la Subred Sur.		-Historia Clínica magnética.	

	<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 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 realizaci3n, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecci3n Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya).	-Adherencia y aplicaci3n de procedimientos especificos del perfil profesional.	-Actas de capacitaci3n -Control documental.
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Cl3nica, Plan de manejo y Evoluci3n.	-Historia Cl3nica magn3tica.
5	5) Apoyar en la identificaci3n, caracterizaci3n, inscripci3n, manejo, seguimiento y canalizaci3n a usuarios a las diferentes rutas de atenci3n en salud, asi como la consolidaci3n de informaci3n para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Cl3nica, Plan de manejo y Evoluci3n.	-Historia Cl3nica magn3tica.
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 capacitaci3n - Control documental.
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clinico 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 Cl3nica, Plan de manejo y Evoluci3n.	-Historia Cl3nica magn3tica.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluci3n, riesgo, complicaci3n del cuadro clinico objeto de tratamiento.	-Diligenciamiento de recomendaciones dadas a familiares y/o cuidadores en Historia Cl3nica.	-Historia Cl3nica magn3tica.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cumplir las actividades asignadas por la Direcci3n de Servicios Complementarios en los diferentes servicios.	-Actas de capacitaci3n -Control documental.

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	\$ 3540480
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	DICIEMBRE	2025	01	03	7951095863	-		
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	PROTECCIÓN	\$ 1416192	\$ 226591	\$ 226600
Salud					FAMISANAR		\$ 177024	\$ 177100
ARL				3	SURA		\$ 34498	\$ 34500
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 411008</b>	<b>\$ 438200</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	488415387130	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA FERNANDA REYES GUZMAN		2025-01-28 14:55:54	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-01-28 18:13:54	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-29 10:37:30	

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**  
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1010228133
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARIA FERNANDA REYES GUZMAN		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 64 C SUR # 32 -16	TELÉFONO:	7150311
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	<b>7951095863</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/01/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1170366033

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSÍ?N						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800229739	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 226.600
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 226.600</b>

SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 177.100
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 177.100</b>

CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO			1	\$ 28.400
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 28.400</b>

RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 34.500
<b>SUBTOTAL:</b>					<b>1</b>	<b>\$ 34.500</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 466.600</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 466.600</b>



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

### Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

#### 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 FEBRERO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MARZO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MARZO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MAYO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MAYO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO JULIO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf (Archivado)	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO JULIO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO JULIO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO JULIO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf

CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024 MARIA FERNANDA REYES CTO#3005-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo