

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		Número de Documento:	52841612	
Correo Electrónico:	pacaleal@gmail.com		Número Telefónico:	3041323803	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

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

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M06OCME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	100	12	18440	\$2065280	86%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2065280	DOS MILLONES SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
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 - 35 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	\$ 1980528	26			
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 1980528	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	\$ 1980528	26			
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar				
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				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO		
\$ 10289520		\$ 48537984		\$ 38945280		\$ 9592704		
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)			ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN			PRODUCTO O EVIDENCIA		
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.		

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
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 especifcos 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.	Adherencia y aplicaci3n de procedimientos especifcos del perfil profesional.	Actas de capacitaci3n-Control documental.
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 Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 3540480	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2024	DICIEMBRE	2025	01	16	82819180	-			
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	\$ 227900
Salud					COMPENSAR			\$ 177024	\$ 178100
ARL				3	SURA			\$ 34498	\$ 34700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR			Total	\$ 411008
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			2025-01-28 15:05:14		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL			2025-01-28 15:15:08		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA			2025-01-28 17:52:14		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-01-29 10:37:28		

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

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	
2024-12	2024-12	I	16/01/2025	82819180	\$469.300	

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	9	1.000	0	178.100	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	9	1.300	0	227.900	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	9	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	9	200	28.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	177.100	178.100
Pensión	1	226.600	227.900
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
TOTALES	4	466.600	469.300

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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-12	2024-12	\$469.300				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colomb. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	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



Búsqueda **Mis procesos** Menú Ir a

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

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 Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2024 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3000-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle
<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 Descargar Detalle

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 14:58:10
CLAUDIA PATRICIA...

Buscar...

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO
MES DICIEMBRE 2024 CLAUDIA
PATRICIA CASTRO LEAL
CTO#3000-2024.pdf

CERTIFICACIÓN CUENTA DE
COBRO MES DICIEMBRE 2024
CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL
CTO#3000-2024.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>