

**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                   | YESICA LOPEZ CASTILLO          |               | <b>Número de Documento:</b>        | 52714588                      |
| <b>Correo Electrónico:</b>   | ylopezca123@gmail.com |                                |               | <b>Número Telefónico:</b>          | 3228190274                    |
| <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>                 | 2640-2024                           | <b>Año Contrato:</b> | 2024 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 465 |
| <b>Perfil:</b>                       | MÉDICO GENERAL                      |                      |      |                              |     |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS |                      |      |                              |     |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS CANDELARIA LA NUEVA             |                      |      |                              |     |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                           | Unidad  | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total    | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|----------|--------------------------------|
| A10VA                               | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS CANDELARIA I  | 23           | 1                        | 33060      | \$793440 | 36.9%                          |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 793440                           | <b>SETECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS</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                  | \$ 10480020                                      | 1013       |
| 2                                   | 2024-06-01          | 2024-08-31               | 2                  | \$ 7736040                                       | 1541       |
| 3                                   | 2024-08-01          | 2024-10-31               | 3                  | \$ 7802160                                       | 2136       |
| 4                                   | 2024-10-01          | 2024-11-30               | 4                  | \$ 3901080                                       | 2617       |
| 5                                   | 2024-11-01          | 2024-12-31               | 5                  | \$ 3967200                                       | 2773       |
| 6                                   | 2024-12-31          | 2025-01-09               | 6                  | \$ 0   | 0          |

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          | \$ 661200  | 26   |
| 8  | 2024-12-31   | 2025-01-20  | 8          | \$ 661200  | 26   |
| 9  | 2024-12-31   | 2025-01-09  | 9          | \$ 0   | 2962 |
| 10   | 2025-01-01   | 2025-01-09  | 10         | \$ 0   | 0    |
| 11   | 2025-01-09   | 2025-01-20  | 11         | \$ 661200  | 26   |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>                     |  | <b>Mes Cuenta de Cobro</b>  |            | <b>Valor a Pagar</b>   |      |
| 1  | FEBRERO  |   | \$ 3967200 |  |      |
| 2  | MARZO  |   | \$ 3967200 |  |      |
| 3  | ABRIL  |   | \$ 3834960 |  |      |
| 4  | MAYO   |   | \$ 3868020 |  |      |
| 5  | JUNIO  |   | \$ 3967200 |  |      |
| 6  | JULIO  |   | \$ 3868020 |  |      |
| 7  | AGOSTO   |   | \$ 3768840 |  |      |
| 8  | SEPTIEMBRE   |   | \$ 3967200 |  |      |
| 9  | OCTUBRE  |   | \$ 3967200 |  |      |
| 10   | NOVIEMBRE  |   | \$ 3967200 |  |      |
| 11   | DICIEMBRE  |   | \$ 1983600 |  |      |
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>                              |  | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>   |            | <b>PAGOS REALIZADOS</b>  |      |
| <b>\$ 9223740</b>  |  | <b>\$ 45093840</b>  |            | <b>\$ 41126640</b>   |      |
| <b>SALDO DEL CONTRATO</b>                                      |  | <b>\$ 3967200</b>   |            |  |      |
| <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 Médico(a) 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | SE REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE MEDICO SEGÚN LA NECESIDAD DE LA SUBRED SUR ESE DE ACUERDO ALOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES |            | REALIZACIÓN DE FORMATOS, DE ACTIVIDADES REALIZADAS                     |      |
| 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.   | - SE REALIZA PARTICIPACION DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCION CON CALIDAD   |            | REALIZACION DE FORMATOS, HOJAS DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS |      |

|   | <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 del acto médico, de forma 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) | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA ESE  | REGISTROS INSTITUCIONALES                      |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.   | APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINISTRATIVAS Y ASISTENCIALES SEGUN SU NECESIDAD  | REGISTROS INSTITUCIONALES                      |
| 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.   | REALIZACION DE CONSULTA PROGRAMADA TENIENDO ENCUESTA LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                     | HISTORIAS CLÍNICAS                             |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.  | REALIZACION DE CONSULTA PROGRAMADA TENIENDO ENCUESTA LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                     | HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS INSTITUCIONALES |
| 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.  | . INFORMAR A FAMILIAR, ACUDIENTE, REPRESENTANTE ENTIDAD CUSTODIADA DEL PACIENTE LA EVOLUCION , RIESGO COMPLICACION DEL CUADRO CLINICO OBJETO DE TRATAMIENTO | HISTORIAS CLÍNICAS Y REGISTROS INSTITUCIONALES |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.  | SE REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE MEDICO   | - REGISTROS INSTITUCIONALES                    |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.   | CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA ESE  | - REGISTROS INSTITUCIONALES                    |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |                       |               |     |                |  |                            |  |                |
|---|-----------------------|---------------|-----|----------------|--|----------------------------|--|----------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |                       | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla   | Factura Electrónica        | Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior | \$ 1983600     |
| AÑO   | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            |  |                            |  |                |
| 2024  | DICIEMBRE             | 2025          | 01  | 21             | 1069666298   | -                          |  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |     |                | UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS |                            |  |                |
| Item  |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                    | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |
| Pensionado  |                       |               |     | NO             | PORVENIR   | \$ 866666.66666667         | \$ 138667  | \$ 208000      |
| Salud   |                       |               |     |                | FAMISANAR  |                            | \$ 108333  | \$ 162500      |
| ARL   |                       |               |     | 3              | SURA   |                            | \$ 21112   | \$ 31700       |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |     | NO             |  | <b>Total</b>               | \$ 251524  | \$ 402200      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |     |                |  |                            |  |                |
| Entidad Bancaria  | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS  | Número de Cuenta           | 004870314731                                     |                |
| HISTÓRICO   |                       |               |     |                |  |                            |  |                |
| OBSERVACIÓN   |                       |               |     |                | USUARIO  |                            | FECHA  |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |     |                | YESICA LOPEZ CASTILLO                                      |                            | 2025-01-28 18:53:25                              |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |     |                | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA                             |                            | 2025-01-29 14:34:45                              |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |     |                | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO                                  |                            | 2025-01-30 09:22:49                              |                |

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