Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-03-01	**Hasta:**	2025-03-31	
Nombre del Contratista:	LEIDY DIANA CALDERON REINA		**Número de Documento:**	52749808	
Correo Electrónico:	leidydianac@gmail.com		**Número Telefónico:**	3217612740	
Nombre del Supervisor:	NATALIA ALEJANDRA ARIAS CALDERON	**Cargo:**	JEFE OFICINA SISTENAS DE INFORMACION - TIC	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1984-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	3
Perfil:	TECNICO ADMINISTRATIVO I				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
T07SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC	ADMINISTRATIVA	$2187200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2187200**	**DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-14	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-06-30

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 1312320
2	FEBRERO	$ 2187200
3	MARZO	$ 2187200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13123200	**$ 13123200**	**$ 5686720**	**$ 7436480**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	Consolidar y proyectar respuesta de solicitud de historia clinica, verificar los tiempos de respuesta definidos por el requerimiento.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.
2	Verificar la informacion suministrada por las areas en los procesos de transferencias documentales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.
3	Presentar informes sobre el estado de solicitudes de historia clinica.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.
4	Apoyar los procesos de recoleccion de informacion que soporten los instrumentos archivisticos adoptados por la Subred Sur.	-Al siguiente correo referentegestiondocumental@subredsur.gov.co y archivogestionmeissen@gmail.com Se Enviaron archivos Adjuntos base de Excel y Escanear de hospitalización 2090 Historias recibidas y Consentimientos informados recibidos 579 .	-Se reciben historias clínicas en físico y consentimientos informados - se hace relación en base de datos para llevar control de lo recibido.
5	Organizar y controlar el envio de las comunicaciones oficiales por empresas de correo certificado.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.
6	Generar informes de actividades contractuales ejecutadas durante el periodo.	-Se envía informe mensual de las actividades realizadas.	-Se envía informe mensual de las actividades realizadas- hospital Meissen.
7	Apoyar tecnicamente los soportes para la elaboracion de los informes contractuales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.
8	Atender al cliente interno y externo de la Subred Sur.	-Se cumple y se realiza la entrega de historias clínicas atendiendo a 435 usuarios, con una cantidad de folios físicos sin factura 2072 y soportes físicos con factura 669. Entrega de CD 5, enviados por correo 129 y entrega de ordenes medicas a usuarios 356.	-Hospital Meissen Atención en Ventanilla.
9	Capacitar al personal de la Subred en temas de Gestion documental.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.	-No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales.

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	$ 2187200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9481930979	-		
2025	FEBRERO	2025	03	03				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL	1	SURA		$ 7431	**$ 34700**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800395917

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY DIANA CALDERON REINA	2025-03-23 18:31:55
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NATALIA ALEJANDRA ARIAS CALDERON	2025-03-24 20:20:26
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-03-28 10:27:13
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-04-14 16:21:03

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.



NATALIA ALEJANDRA ARIAS CALDERON
JEFE OFICINA SISTENAS DE INFORMACION - TIC

© Siasur - 2025

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52749808		CALDERON REINA LEIDY DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trav 14 Q 67 G 54Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6610557	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1303460407	9481930979	I	2025/03/05	2025/03/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$460,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 52749808	CALDERON LEIDY	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,000,000	$20,000	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,000,000	$20,000			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52749808		CALDERON REINA LEIDY DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Trav 14 Q 67 G 54Sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6610557	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1303460407	9481930979	I	2025/03/05	2025/03/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$460,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,000	$0	$0	$20,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$20,000	$0	$0	$20,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$460,500	$0	$0	$460,500

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

< 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		
☐	CTO No 1984-2025 ENERO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 ENERO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No 1984-2025 FEBRERO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 FEBRERO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >