

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-04-01	Hasta:	2025-04-30
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	Procentaje(%) Centro de Costos
R36SA	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	
4	ABRIL	\$ 2187200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 13123200	\$ 13123200	\$ 7873920	\$ 5249280

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 clínica, 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 información suministrada por las áreas 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 clínica.	-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 recolección de información que soporten los instrumentos archivísticos adoptados por la Subred Sur.	Al siguiente correo referenciagestiondocumental@subredsur.gov.co y archivogestionmeissen@gmail.com . Se Adjunto base de Excel, listados firmados scanner y revisados de hospitalización 738 Historias clínicas recibidas y Consentimientos informados recibidos 478 y se adjuntaron 20 historias scanner solicitadas por el archivo.	-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 envío 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 técnicamente los soportes para la elaboración 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 400 Usuarios, con una cantidad de folios físicos sin factura 1595 y soportes físicos con factura 22. Entrega de 9 CD facturados por el usuario, enviados por correo 123 y entrega de órdenes médicas a usuarios 364 y formatos de solicitud de historia clínica 120.	-Hospital Meissen Atención en Ventanilla.
9	Capacitar al personal de la Subred en temas de Gestión 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 Honorarios Certificados de el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	MARZO	2025	04	02	9483501814	-	\$ 2187200	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				DOS MILLONES CIENTO OCHENTA 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	2025-04-23 22:08:39
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY DIANA CALDERON REINA	2025-04-23 22:11:48
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NATALIA ALEJANDRA ARIAS CALDERON	2025-04-25 11:50:45
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-04-25 13:14:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-04-25 13:14:35

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

**NATALIA ALEJANDRA ARIAS CALDERON
JEFE OFICINA SISTEMAS DE INFORMACION - TIC**

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
2025-03	2025-03	1380292840	9483501814	I	2025/04/03	2025/04/02	NEQUI	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	

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
2025-03	2025-03	1380292840	9483501814	I	2025/04/03	2025/04/02	NEQUI	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	



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](#)

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? Si No

Identificación 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"/> CTO No 1984-2025 ENERO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 ENERO-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CTO No 1984-2025 FEBRERO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 FEBRERO-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CTO No 1984-2025 MARZO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 MARZO-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >