

**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>	2025-05-01	<b>Hasta:</b>	2025-05-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	LEIDY DIANA CALDERON REINA		<b>Número de Documento:</b>	52749808
<b>Correo Electrónico:</b>	leidydianac@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3217612740
<b>Nombre del Supervisor:</b>	EDNA ROCIO RINCON ROLDAN	<b>Cargo:</b>	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	<b>Código Grado:</b> - 219-19

**DATOS DEL CONTRATO**

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

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

<b>Centro de Costos</b>	<b>Dirección</b>	<b>Unidad</b>	<b>Total</b>	<b>Procentaje(%) Centro de Costos</b>
R36SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC	ADMINISTRATIVA	\$2187200	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2187200</b>	<b>DOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-14	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	ENERO	\$ 1312320	
2	FEBRERO	\$ 2187200	
3	MARZO	\$ 2187200	
4	ABRIL	\$ 2187200	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 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 <a href="mailto:referenciagestiondocumental@subredsur.gov.co">referenciagestiondocumental@subredsur.gov.co</a> y <a href="mailto:archivogestionmeissen@gmail.com">archivogestionmeissen@gmail.com</a> . Se Adjunto base de Excel, listados firmados scanner y revisados de hospitalización y urgencias 1062 Historias clínicas recibidas y Consentimientos informados recibidos 652 y se adjuntaron 14 historias scanner solicitadas por el archivo.	-Se recibe 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 407 Usuarios, con una cantidad de folios físicos sin factura 1554 y soportes físicos con factura 404. Entrega de 6 CD facturados por el usuario, enviados por correo 132 y entrega de órdenes médicas a usuarios 383 y formatos de solicitud de historia clínica 160.	-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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2187200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	ABRIL	2025	05	05	9484800401	-		
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	<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
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 REINA	DIANA CALDERON		2025-05-26 22:18:29
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LEIDY REINA	DIANA CALDERON		2025-05-26 22:23:19
ACEPTADO SUPERVISIÓN					EDNA ROCIO RINCON ROLDAN			2025-05-27 11:16:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-05-28 10:43:43

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.



**EDNA ROCIO RINCON ROLDAN  
PROFESIONAL UNIVERSITARIO**

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
2025-04	2025-04	1455298619	9484800401	I	2025/05/06	2025/05/05	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	
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,000,000	\$20,000			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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
<b>Total</b>	<b>Afiliados ( 1)</b>				\$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
2025-04	2025-04	1455298619	9484800401	I	2025/05/06	2025/05/05	BANCO DAVIVIENDA	0	\$460,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$460,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$460,500</b>	



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 <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO No 1984-2025 FEBRERO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 FEBRERO-2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO No 1984-2025 MARZO-2025.pdf	CTO No 1984-2025 MARZO-2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO No 1984-2025 ABRIL-2025.pdf	CTO No 1984-2025 ABRIL-2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >