| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-08-01 | **Hasta:** | 2025-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | MILENA BOLIVAR GARZON | | **Número de Documento:** | 1032503522 | |
| **Correo Electrónico:** | tatamile88@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3057654175 | |
| **Nombre del Supervisor:** | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3228-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS VISTA HERMOSA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I01VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS VISTA HERMOSA | 186 | 30 | 38110 | $8231760 | 116.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 8231760** | **OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-01-21 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 1 | $ 13452830 | 1314 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 3201240 |
| 2 | FEBRERO | $ 7088460 |
| 3 | MARZO | $ 7622000 |
| 4 | ABRIL | $ 8841520 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | MAYO | $ 6859800 |
| 6 | JUNIO | $ 6821690 |
| 7 | JULIO | $ 8003100 |
| 8 | AGOSTO | $ 8231760 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 56707680** | **$ 70160510** | **$ 56669570** | **$ 13490940** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | Atender los pacientes que requieran atención en las Unidades de Medicina Interna de la Subred Sur, de acuerdo a mi perfil | Historia clínica sistematizada |
| 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. | Dentro de la consulta o revista medica que se realiza, se suministra información y socialización de los cuidados que debe tener tanto el paciente como su entorno familiar | Historia clínica sistematizada |
| 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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | Diligenciamiento total de la historia clínica con los datos de la atención dada al paciente | Historia clínica sistematizada |
| 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. | Colaboración activa en la elaboración y revisión de los protocolos, guías y procedimientos institucionales de acuerdo a mi perfil | Protocolos, guías y procedimientos |
| 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. | Apoyo en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud | Pacientes identificados y caracterizados |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Diligenciamiento de los formatos que hacen parte de la historia clínica de acuerdo a los procesos y procedimientos institucionales, así como revisión de los mismos para un adecuado trámite | Historia clínica sistematizada |
| 7 | Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | Identificación, seguimiento y canalización de pacientes que requieran un manejo integral de acuerdo a sus patologías | Historia clínica sistematizada |
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | Acompañamiento y trabajo interdisciplinario con el equipo asistencial a fin de dar un excelente servicio al paciente | Historia clínica sistematizada |
| 9 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | De acuerdo a mi perfil profesional acompañar a la institución en las diferentes actividades que realice al interior de la misma para el bienestar del paciente | Participación activa en las actividades programadas |

## 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9490111564 | - | | $ 8003100 |
| 2025 | JULIO | 2025 | 08 | 08 | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **OCHO MILLONES TRES MIL CIENPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 3201240 | $ 512198 | **$ 512200** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 400155 | **$ 400200** |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 77982 | **$ 78000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 929063** | **$ 990400** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 24117274813 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MILENA BOLIVAR GARZON | 2025-08-28 12:50:27 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | 2025-08-28 14:55:12 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2025-08-31 05:55:49 |

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.

**HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN**
**DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS**

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 1032503522 | | BOLIVAR GARZON MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Carrera 69L # 64-30 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3057654175 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-07 | 2025-07 | 1684769260 | 9490111564 | I | 2025/08/08 | 2025/08/08 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $990,400 |

**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)** | | | | | $3,201,240 | $512,200 | | | $3,201,240 | $400,200 | | | $0 | $0 | | | $3,201,240 | $78,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $3,201,240 | $512,200 | | | $3,201,240 | $400,200 | | | $0 | $0 | | | $3,201,240 | $78,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $3,201,240 | $512,200 | | | $3,201,240 | $400,200 | | | $0 | $0 | | | $3,201,240 | $78,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1032503522 | BOLIVAR MILENA | 230201 | 30 | $3,201,240 | $512,200 | EPS002 | 30 | $3,201,240 | $400,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $3,201,240 | $78,000 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $3,201,240 | $512,200 | | | $3,201,240 | $400,200 | | | $0 | $0 | | | $3,201,240 | $78,000 | | $0 | $0 |

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

## Datos guardados

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Informe de actividades 267382 y 270691.pdf (Archivado) | Informe de actividades 267382 y 270691.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de enero Número de contrato 3228-2025.pdf | Informe de actividades mes de enero Número de contrato 3228-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de febrero Número de contrato 3228-2025.pdf | Informe de actividades mes de febrero Número de contrato 3228-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de marzo Número de contrato 3228-2025.pdf | Informe de actividades mes de marzo Número de contrato 3228-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de abril Número de contrato 3228-2025.pdf.pdf | Informe de actividades mes de abril Número de contrato 3228-2025.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de mayo Número de contrato 3228-2025.pdf | Informe de actividades mes de mayo Número de contrato 3228-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de junio Número de contrato 3228-2025.pdf | Informe de actividades mes de junio Número de contrato 3228-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Informe de actividades mes de julio Número de contrato 3228-2025.pdf.pdf | Informe de actividades mes de julio Número de contrato 3228-2025.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

shzVTmIQ6k

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

## MILENA BOLIVAR GARZON

**1032503522**

Cumplió satisfactoriamente con la:

**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025**

Para constancia se expide:

**28 de agosto de 2025**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ