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:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO		**Número de Documento:**	1010186737	
Correo Electrónico:	albalopezasa@gmail.com		**Número Telefónico:**	3106742472	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2862-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNJUELITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNJUELITO	62	6	38110	$2591480	36.6%
B02JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNJUELITO	62	6	38110	$2591480	36.6%
B03JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNJUELITO	62	6	38110	$2591480	36.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7774440**	**SIETE MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS**					

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	$ 16692180	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 8689080	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ENERO	$ 2972580
2	FEBRERO	$ 6631140
3	MARZO	$ 9146400
4	ABRIL	$ 8689080
5	MAYO	$ 6859800
6	JUNIO	$ 6859800
7	JULIO	$ 8003100
8	AGOSTO	$ 8689080
9	SEPTIEMBRE	$ 7774440

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 82088940**	**$ 65625420**	**$ 16463520**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Realizar la historia clínica de ingreso en el formato establecido por la institución en el sistema - recibo y entregas de turno, registros en las historias clínicas, auditorias	-Historia clínica
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.	-Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de la vida saludable, reforzando las recomendaciones de la parte medica	-Historia clínica
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 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).	-De forma oportuna y correctamente, diligenciar los certificados y demás documentación que deba entregar a los pacientes y a la institución con ocasión de lo pactado en el presente contrato	-Historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Verificar consentimientos establecidos, diligenciando y debidamente firmados por los pacientes según corresponda para cada paciente.	-Historia clínica
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.	-Realizar la historia clínica de ingreso en el formato establecido por la institución en el sistema	-Historia clínica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de la vida saludable, reforzando las recomendaciones de la parte médica	-Historia clínica
7	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.	-Priorizando la solicitud, procesamiento y reporte de paraclínicos e imágenes diagnosticas en conjunto con las diferentes especialidades, articular el traslado de pacientes al área de cuidado intermedio o intensivo según sea el caso	-Historia clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Informar a las autoridades y familiares de los pacientes sobre la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante	-Historia clínica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Teniendo en cuenta la enfermedad actual, antecedentes y comorbilidad se determinará el riesgo de caída, fuga y complicaciones de los paciente	-Historia clínica

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	90582463	-		$ 7774440
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 3109776	$ 497564	**$ 498000**
Salud		COMPENSAR		$ 388722	**$ 389100**
ARL	3	SURA		$ 75754	**$ 75900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 902519**	**$ 963000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550450600103342

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO	2025-10-25 18:48:28
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-10-27 10:15:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-28 06:05:32

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010186737	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO	Calle 7 # 70 -52	6015278581	albalopezasa@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90582463	$1.025.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	388.800	0		0		0	1	300	0	389.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	497.600	0	0	0	0	1	400	0	498.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	75.800				75.800	1	100	75.900			758	75.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	62.200	1	100	62.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	388.800	389.100
Pensión	1	497.600	498.000
Riesgos Laborales	1	75.800	75.900
CCF	1	62.200	62.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.024.400	1.025.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010186737	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO		Calle 7 # 70 -52	6015278581	albalopezasa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90582463	$1.025.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010186737	LOPEZ CASTRO ALBA NIDIA	59	0			N																	230201	3.110.000	497.600	0	0	0	0	EPS010	3.110.000	388.800	14-11	3.110.000	3	75.800	CCF24	3.110.000	62.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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		
☐	Alba Nidia López-enero 2025.pdf	Alba Nidia López-enero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Alba Nidia López-febrero 2025.pdf	Alba Nidia López-febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Alba Nidia López-marzo 2025.pdf	Alba Nidia López-marzo 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Alba Nidia López- Abril 2025.pdf	Alba Nidia López- Abril 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Alba Nidia López- Mayo 2025.pdf	Alba Nidia López- Mayo 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

	López-junio 2025.pdf	Alba Nidia López-junio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	López-Julio 2025.pdf (Archivado)	Alba Nidia López-Julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Actividades Número f (Archivado)	Informe de Actividades Número 323325.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	López-julio 2025.pdf	Alba Nidia López-julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	López- Agosto 2025.pdf	Alba NIdia López- Agosto 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	López -septiembre 2025.pdf	Alba Nidia López -septiembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto

Datos guardados