

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	LINA TATIANA ROMERO BERMUDEZ		Número de Documento:	1020742525
Correo Electrónico:	tatianaromero.89@hotmail.com		Número Telefónico:	3017034496
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3547-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TERAPEUTA FÍSICO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M06VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	176	0	19092	\$3360192	94.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3360192	TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA MIL CIENTO NOVENTA Y DOS PESOS					

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	\$ 5422128	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 1832832	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1374624	
2	FEBRERO			\$ 3436560	
3	MARZO			\$ 3436560	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
4	ABRIL	\$ 3436560		
5	MAYO	\$ 3512928		
6	JUNIO	\$ 3322008		
7	JULIO	\$ 3360192		
8	AGOSTO	\$ 3054720		
9	SEPTIEMBRE	\$ 3512928		
10	OCTUBRE	\$ 3360192		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 28408896		\$ 35663856	\$ 31807272	\$ 3856584
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 (profesional de apoyo terapeutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	-Atención de usuarios programados para Valoración y tratamiento según agenda	-RIPS HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL	
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	-Elaboración y entrega de planes caseros según necesidad y pertinencia	-Registro de firmas de entrega de plan casero	
3	Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera 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 realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	-Atención de usuarios programados para Valoración y tratamiento según agenda	-RIPS HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL	
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad	-ELABORACION DE DOCUMENTOS(PROTOCOLOS)DE ATENCION EN FISITRIA SEGÚN NECESIDAD DEL SERVICIO	-DOCUMENTOS REVISADOS Y/O ELEBORADOS	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-IDENTIFICACION DE USUARIOS VALORACION INICIAL DE TERAPIA	-REGISTRO DE INFORMACION EN HISTORIA CLINICA SEGÚN CORRESPONDA
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-SUGERIR REMISION DE USUARIOS A OTRAS ESPECIALIDADES SEGÚN APLIQUE	-REGISTRO EN HISTORIA CLINICA SI APLICA
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio	-ATENCION DE USUARIOS EN VALORACION INICIAL	-REGISTRO EN HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-DAR INFORMACION ACERCA DEL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO CUANDO EL PACIENTE Y/O FAMILIAR O ACUDIENTE ASI LO REQUIERAN	-REGISTRO DE LA INFORMACION BRINDADA EN HISTORIA CLINICA Y EN FORMATO DE ENTREGA DE INFORMACION

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	\$ 3512928
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	27	9492093217	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS DOCE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 230600
Salud					SÁNTITAS		\$ 177938	\$ 180200
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 35200
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 446000
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4800384770	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				LINA TATIANA ROMERO BERMUDEZ		2025-10-26 07:16:01		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				LINA TATIANA ROMERO BERMUDEZ		2025-10-26 20:03:43		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-10-26 20:59:46		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-10-27 17:49:30		
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		2025-11-18 12:42:30		

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020742525		ROMERO BERMEUDEZ LINA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 92 # 151B - 86	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1877834752	9492093217	I	2025/10/07	2025/10/27	BANCO DAVIVIENDA	20	\$446,000

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			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$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			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC 1020742525	ROMERO LINA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$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 1020742525		ROMERO BERMUDEZ LINA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 92 # 151B - 86	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046782	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1877834752	9492093217	I	2025/10/07	2025/10/27	BANCO DAVIVIENDA	20	\$446,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$2,800	\$0	\$230,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$2,800	\$0	\$230,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$500	\$0	\$35,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$2,200	\$0	\$180,200	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$2,200	\$0	\$180,200	
TOTAL				1	\$440,500	\$5,500	\$0	\$446,000	



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 ENERO CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 ENERO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 FEBRERO CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 FEBRERO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 MARZO CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 MARZO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 ABRIL CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 ABRIL CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 MAYO CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 MAYO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CONFLICTO DE INTERESES ACTUALIZADO 2025.pdf	CONFLICTO DE INTERESES ACTUALIZADO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	BIENES Y RENTAS ACTUALIZADO 2025.pdf	BIENES Y RENTAS ACTUALIZADO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	integridad transparencia y lucha contra la corrupcion 2025.pdf	integridad transparencia y lucha contra la corrupcion 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	VACUNA INFLUENZA 2025.pdf	VACUNA INFLUENZA 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 JUNIO CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 JUNIO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTP 3547-2025 JULIO CAPS TUNAL.pdf	CTP 3547-2025 JULIO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 AGOSTO CAPS TUNAL.pdf	CTO 3547-2025 AGOSTO CAPS TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025.pdf	INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	ANTISOBORNO.pdf	ANTISOBORNO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 3547-2025 SEPTIEMBRE CAPS CANDELARIA.pdf	CTO 3547-2025 SEPTIEMBRE CAPS CANDELARIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

10:58

4G 93

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

UNA PERSPECTIVA PARA CRECER

IDENTIFIQUE SU ROL

**UNA PERSPECTIVA
PARA CRECER**

Se registró la información con éxito

Aceptar

