

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	DANNA XIMENA SANTAMARIA BERMUDEZ		Número de Documento:	1007703240	
Correo Electrónico:	dannaximenasb@gmail.com		Número Telefónico:	3125512237	
Nombre del Supervisor:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	Cargo:	COORDINADOR DE URGENCIAS	Código Grado:	- 213-32

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2101-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	186	6	38110	\$7317120	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 7317120	SIETE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-11		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 26524560	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 814640	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 9324247	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 4801860	
2		FEBRERO		\$ 6859800	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	MARZO	\$ 8689080	
4	ABRIL	\$ 7317120	
5	MAYO	\$ 7774440	
6	JUNIO	\$ 9146400	
7	JULIO	\$ 9832380	
8	AGOSTO	\$ 6859800	
9	SEPTIEMBRE	\$ 7545780	
10	OCTUBRE	\$ 7317120	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 56707680		\$ 93371127	\$ 76143780
			\$ 17227347
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Preste mis servicios como médico general en los servicios de urgencias., de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur	-Historia Clinica
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.	- realice atención al paciente mediante consulta médica o atención de urgencias informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar .	-Historia Clinica
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 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya)	-Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.	-Historia Clinica
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.	- realice la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Historia Clinica

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

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

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.	-Informe mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Historia Clínica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	- realice la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.	-Historia Clínica
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.	-Realice atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria.	-Historia Clínica
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Informe de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	-Historia Clínica
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Historia Clínica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	\$ 7317120
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91447914	-			
2025	OCTUBRE	2025	11	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2926848	\$ 468296	\$ 468600	
Salud					SURA		\$ 365856	\$ 366200	
ARL				3	SURA		\$ 71298	\$ 71400	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 849430	\$ 906200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	026142486		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DANNA XIMENA SANTAMARIA BERMUDEZ		2025-11-26 21:51:29		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ		2025-11-27 20:29:48		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-11-30 15:35:37		

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.

Jorge Jonathan Bautista Hernandez.

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
COORDINADOR DE URGENCIAS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1007703240	DANNA XIMENA SANTAMARIA BERMUDEZ	Cra 114 # 22D-16	3125512237	dannaximenasb@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
					EMPLADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91447914	\$964.900

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. Afiliado
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	365.900	0		0			1	300	0	366.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	468.300	0	0	0	0	1	300	0	468.600	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	71.300				71.300	1	100	71.400			713	71.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Calam	860013570-3	58.600	1	100	58.700	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, RFP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	365.900	366.200
Pensión	1	468.300	468.600
Riesgos Laborales	1	71.300	71.400
CCF	1	58.600	58.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	964.100	964.900

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
CC	1007703240	DANNA XIMENA SANTAMARÍA BERNUDEZ	Cra 114 # 22D-16	3125512237	dannaximenaash@gmail.com								EMPLEADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		1	0		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.					TOTAL A PAGAR			

DETALLE POR COTIZANTE																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Beneficiario	Exoneración	Clase de Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Seguro	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Seguro	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1007703240	SANTAMARIA BERMUDEZ DANNA XIMENA	59	0		N							25-14	2.926.848	468.300	0	0	0	0	EPS010	2.926.848	365.900	14-11	2.926.848	3	71.300	CCF21	2.926.848	58.600	0	0	0	0	0

PAGADA

28/11/25, 9:10 p.m.

Editar



[Aumentar el contrato](#)

UTC -5 21:10:57
DANNA SANTAMARIA
Buscar...

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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		
☐ CUENTA ENERO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA ENERO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA FEBRERO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA MARZO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA ABRIL - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA MAYO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA JUNIO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA JUNIO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA JULIO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA JULIO - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA AGOSTO - CTO, N 2101 - 2025.pdf	CUENTA AGOSTO - CTO, N 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CUENTA OCTUBRE - CTO N. 2101 - 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE - CTO N. 2101 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >