

**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>              | 2025-11-01    | <b>Hasta:</b>               | 2025-11-30                      |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | ROSMARY GARCÍA MELO        |               | <b>Número de Documento:</b> | 52268777                        |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | rosmarygarciameo@gmail.com |               | <b>Número Telefónico:</b>   | 3105512391                      |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | <b>Cargo:</b> | DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE | <b>Código Grado:</b> - 009 - 05 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |   |                      |      |                              |    |
|--------------------------------------|---|----------------------|------|------------------------------|----|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 3545-2025                               | <b>Año Contrato:</b> | 2025 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 26 |
| <b>Perfil:</b>                       | TERAPEUTA DE LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGO |                      |      |                              |    |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS  |                      |      |                              |    |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS MEISSEN                             |                      |      |                              |    |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                              | Unidad   | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| M06LEME                             | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS MEISSEN  | 180          | 12                       | 20210      | \$3880320 | 103.2%                         |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 3880320                             | <b>TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |                          |                    |  |            |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2025-01-21                 |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2025-09-20 |
| <b>No. Prorroga</b>                        | <b>Fecha Inicio</b>        | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1  | 2025-08-11                 | 2025-10-31               | 1                  | \$ 6305520                                       | 1314       |
| 2  | 2025-10-20                 | 2025-11-30               | 2                  | \$ 3880320                                       | 1767       |
| 3  | 2025-11-14                 | 2026-01-16               | 3                  | \$ 5092920                                       | 1890       |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | ENERO                      |                          |                    | \$ 1455120                                       |            |
| 2  | FEBRERO                    |                          |                    | \$ 3880320                                       |            |

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

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

| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |            |            |
|--|------------|------------|
| 3  | MARZO      | \$ 3880320 |
| 4  | ABRIL      | \$ 3880320 |
| 5  | MAYO       | \$ 3880320 |
| 6  | JUNIO      | \$ 3880320 |
| 7  | JULIO      | \$ 3880320 |
| 8  | AGOSTO     | \$ 3880320 |
| 9  | SEPTIEMBRE | \$ 3880320 |
| 10   | OCTUBRE    | \$ 3880320 |
| 11   | NOVIEMBRE  | \$ 3880320 |

| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | <b>PAGOS REALIZADOS</b> | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>\$ 30072480</b>                | <b>\$ 45351240</b>              | <b>\$ 40258320</b>      | <b>\$ 5092920</b>         |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>   | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b> | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>              |
|--|---|--|
| 1<br>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   | Aplicar guías de manejo, manuales de procedimientos de la subred Sur              | Historia Clínica magnética               |
| 2<br>Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria   | Aplicar guías de manejo, manuales de procedimiento de la Subred sur               | Historia Clínica magnética               |
| 3<br>Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas 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) | Adherencia y aplicaciòn de procedimientos específicos del perfil profesional      | Actas de capacitaciòn-Control documental |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |  | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                           | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                |
|--|--|---|--|
| 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 | Adherencia y aplicación de procedimientos específicos del perfil profesional                                | Actas de capacitación-Control documental   |
| 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                               | Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Clínica, Plan de manejo y Evolución       | Historia Clínica magnética                 |
| 6  | Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente   | Adherencia a los Protocolos, Guías y Procedimientos Institucionales   | Actas de capacitación - Control documental |
| 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   | Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Clínica, Plan de manejo y Evolución       | Historia Clínica magnética                 |
| 8  | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.  | Diligenciamiento de recomendaciones dadas a familiares y/o cuidadores en Historia Clínica                   | Historia Clínica magnética                 |
| 9  | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.  | Cumplir las actividades asignadas por la Dirección de Servicios Complementarios en los diferentes servicios | Actas de capacitación-Control documental   |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                |         |               |     |   |   |                             |  |                  |
|---|---------|---------------|-----|---|---|-----------------------------|--|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago                      |         | Fecha de Pago |     |   | Número de Planilla  | Factura Electrónica         | Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior | \$ 3880320       |
| AÑO   | MES     | AÑO           | MES | DÍA                                     |   |                             |  |                  |
| 2025  | OCTUBRE | 2025          | 11  | 18                                      | 7991118221  | -                           |  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |         |               |     |   | TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS |                             |  |                  |
| Item  |         |               |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización                                    | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado                                   |                  |
| Pensionado  |         |               |     | NO                                      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES           | \$ 1552128                  | \$ 248340  | \$ 249600        |
| Salud   |         |               |     |   | COMPENSAR   |                             | \$ 194016  | \$ 195000        |
| ARL   |         |               |     | 3                                       | SURA  |                             | \$ 37810   | \$ 38100         |
| Caja de Compensación                                    |         |               |     | SI                                      | COMPENSAR   | <b>Total</b>                | <b>\$ 450458</b>                                 | <b>\$ 482700</b> |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                       |                |         |                  |            |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4800299739 |

| HISTÓRICO  |                                |                     |
|--|--------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN  | USUARIO                        | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  | ROSMARY GARCIA MELO            | 2025-11-26 07:44:00 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   | MARIA CAROLINA LEAL APONTE     | 2025-11-26 20:50:37 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-12-01 01:16:26 |
| 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 | 2025-12-10 12:41:20 |

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   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA                  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52268777                     |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | ROSMARY GARCIA MELO                   |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL                              |
| DIRECCIÓN:  | CALLE 31 14 31 APTO 305               | TELÉFONO: 2322733                                      |
| TIPO APORTANTE:   | 02-INDEPENDIENTE                      | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                       |
| TIPO EMPRESA:   | PRIVADA                               | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo terapéutico. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:  | ÚNICO                                 |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>7991118221</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: octubre      | PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre    |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025         | SALUD: AÑO: 2025                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/11/18        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1934701244    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL |  |  | TOTALES    |              |
|---------------------|--|--|------------|--------------|
|                     |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

| PENSIÓN          |        |                    |          |                   |
|------------------|--------|--------------------|----------|-------------------|
| ADMINISTRADORA   |        |                    |          |                   |
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE             |          |                   |
| 9003360047       | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1        | \$ 249.600        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                    | <b>1</b> | <b>\$ 249.600</b> |

| SALUD            |        |                  |          |                   |
|------------------|--------|------------------|----------|-------------------|
| ADMINISTRADORA   |        |                  |          |                   |
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE           |          |                   |
| 8600669427       | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1        | \$ 195.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                  | <b>1</b> | <b>\$ 195.000</b> |

| CAJA DE COMPENSACIÓN |        |                 |          |                  |
|----------------------|--------|-----------------|----------|------------------|
| ADMINISTRADORA       |        |                 |          |                  |
| NIT                  | CÓDIGO | NOMBRE          |          |                  |
| 8600669427           | CCF24  | CCF24-COMPENSAR | 1        | \$ 31.200        |
| <b>SUBTOTAL:</b>     |        |                 | <b>1</b> | <b>\$ 31.200</b> |

| RIESGOS PROFESIONALES |        |                  |          |                  |
|-----------------------|--------|------------------|----------|------------------|
| ADMINISTRADORA        |        |                  |          |                  |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE           |          |                  |
| 8909037905            | 14-11  | 14-11 - ARL SURA | 1        | \$ 38.100        |
| <b>SUBTOTAL:</b>      |        |                  | <b>1</b> | <b>\$ 38.100</b> |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 513.900</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 513.900</b> |

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

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

**Ejecución del Contrato**

**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 |                           |                         |
|---|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2025 - ROSMARY GARCIA MELO - CTO # 3545 - 2025.pdf        | CERTIFICACION DE COBRO ENERO 2025 - ROSMARY GARCIA MELO - CTO # 3545 - 2025.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2025 - ROSMARY GARCIA MELO - CTO 3545 - 2025.pdf        | CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2025 - ROSMARY GARCIA MELO - CTO 3545 - 2025.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> SEGURIDAD SOCIAL - SECOP II MARZO.pdf (Archivado)                                      | SEGUARIDAD SOCIAL - SECOP II MARZO.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO - MARZO 2025 - CTO 3545 - 2025.pdf          | CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO - MARZO 2025 - CTO 3545 - 2025.pdf          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - ABRIL 2025 - CTO #3545 - 2025.pdf       | CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - ABRIL 2025 - CTO #3545 - 2025.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - MAYO 2025 - ROSMARY GARCIA MELO - CTO #3545 - 2025.pdf        | CERTIFICACION DE COBRO - MAYO 2025 - ROSMARY GARCIA MELO - CTO #3545 - 2025.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - JUNIO 2025 - CTO #3545 - 2025.pdf       | CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - JUNIO 2025 - CTO #3545 - 2025.pdf       | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> SIDEAP - SIGEP JULIO 2025.pdf  | SIDEAP - SIGEP JULIO 2025.pdf  | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - JULIO 2025 - CTO # 3545 - 2025.pdf      | CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - JULIO 2025 - CTO # 3545 - 2025.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - AGOSTO 2025 - CTO #3545 - 2025.pdf      | CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - AGOSTO 2025 - CTO #3545 - 2025.pdf      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - SEPTIEMBRE 2025 - CTO # 3545 - 2025.pdf | CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - SEPTIEMBRE 2025 - CTO # 3545 - 2025.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO - OCT 2025 - CTO #3545-2025.pdf             | CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO - OCT 2025 - CTO #3545-2025.pdf             | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >