

**DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-11-01	<b>Hasta:</b>	2025-11-30
<b>Nombre Contratista:</b>	del	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL	<b>Número de Documento:</b>	52841612
<b>Correo Electrónico:</b>	pacaleal@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3041323803
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS
			<b>Código Grado:</b>	- 009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3553-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA OCUPACIONAL				
<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
M06OCME	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	\$ 6467200	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			\$ 1616800	
2	FEBRERO			\$ 3880320	

<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>\$ 45512920</b>	<b>\$ 40420000</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 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 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 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 el Mes Anterior	\$ 3880320
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	OCTUBRE	2025	11	12	90793644	-		
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	\$ 257000
Salud					COMPENSAR		\$ 194016	\$ 200800
ARL				3	SURA		\$ 37810	\$ 39200
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	<b>Total</b>	<b>\$ 450458</b>	<b>\$ 497000</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	7500944900

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL	2025-11-25 10:57:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-11-26 21:01:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-01 01:16:36
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 12:41:28

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52841612	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		CARRERA 78 No. 0-70 INT. 19 APTO 202	6017158712	pacaleal@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90793644	\$529.200	

**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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	200.000	0		0		0	6	800	0	200.800	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	256.000	0	0	0	0	6	1.000	0	257.000	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	39.000				39.000	6	200	39.200			390	39.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.000	6	200	32.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	6	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	6	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200.000	200.800
Pensión	1	256.000	257.000
Riesgos Laborales	1	39.000	39.200
CCF	1	32.000	32.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>527.000</b>	<b>529.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52841612	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		CARRERA 78 No. 0-70 INT. 19 APTO 202	6017158712	pacaleal@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	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-10	2025-10	\$529.200				

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Com. exerce	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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 Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52841612	CASTRO LEAL CLAUDIA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	200.000	14-11	1.600.000	3	39.000	CCF24	1.600.000	32.000	0	0	0	0	0

# PAGADA



- 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

#### 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"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ENERO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ENERO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MARZO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MARZO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MAYO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MAYO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	SIDEAP-SIGEP CLAUDIA.pdf	SIDEAP-SIGEP CLAUDIA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JUNIO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JULIO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES JULIO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES AGOSTO 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES SEPTIEMBRE 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 2025 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

