

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-12-01	Hasta:	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	DAVID ISAIAS PEREZ PEÑA		Número de Documento:	1000806643	
Correo Electrónico:	dpp89009@gmail.com		Número Telefónico:	3214085697	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	- 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4909-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	28
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	186	78	10577	\$2792328	141.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2792328	DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato		2025-03-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-06-24		1	\$ 1861552	28
2	2025-08-05	2025-12-31	2	\$ 11634700	1159
3	2025-12-19	2026-01-12	3	\$ 2147131	2176
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MARZO		\$ 3173100	
2		ABRIL		\$ 3173100	

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

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MAYO	\$ 2834636
4	JUNIO	\$ 2157708
5	JULIO	\$ 2094246
6	AGOSTO	\$ 2030784
7	SEPTIEMBRE	\$ 2665404
8	OCTUBRE	\$ 2855790
9	NOVIEMBRE	\$ 3035599

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11803932	\$ 27447315	\$ 24020367	\$ 3426948

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo en las áreas asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Prestar servicios de apoyo a las actividades de los profesionales Especializados en el área de Imagenología de manera personal y con autonomía, en cumplimiento de las guías de manejo y protocolos de la Institución.	Subir el resultado del estudio tomado por el profesional al aplicativo Dinámica Gerencial y entregarlo al paciente, verificando los correctos: Nombres, apellidos, identificación, fecha de nacimiento, y estudio solicitado, previa verificación y firma por el Medico Especialista.
2	Realizar actividades de apoyo administrativo a los profesionales en el área de Imagenología, de manera personal y con autonomía, en cumplimiento de las guías de manejo y protocolos propios del Subproceso.	Prestar servicios de apoyo a las actividades de los profesionales Especializados en el área de Imagenología de manera personal y con autonomía, en cumplimiento de las guías de manejo y protocolos de la Institución	Subir el resultado del estudio tomado por el profesional al aplicativo Dinámica Gerencial y entregarlo al paciente, verificando los correctos: Nombres, apellidos, identificación, fecha de nacimiento, y estudio solicitado, previa verificación y firma por el Medico Especialista
3	Realiza transcripcion de reportes de Imagenología garantizando la veracidad del informe dictado por el medico radiologo	-Seguir los patrones de los profesionales de acuerdo a su especialidad en las transcripciones realizadas a cada paciente.	-Adherencia a los instructivos y protocolos de la Institución. Manteniendo la confidencialidad, reserva de la información
4	Validar que los reportes queden en la historia clínica del paciente una vez validados por el medico radiologo.	-Revisión de los correctos, antes de subir el informe a Dinámica. Verificar que el medico Radiólogo haga la revisión antes de Entregar el informe al usuario	-Adherencia a los instructivos y protocolos de la Institución. Manteniendo la confidencialidad, reserva de la información
5	Conocer y aplicar los manuales, guías, protocolos y procedimientos establecidos en cada proceso, para obtener estándares satisfactorios en el desarrollo de sus actividades	-Adherencia a los instructivos y protocolos de la Institución. Manteniendo la confidencialidad, reserva de la información	-Firma de las capacitaciones recibidas, para el mes de diciembre de 2025
6	Elaborar y entregar los informes necesarios y hacer su respectivo seguimiento.	-Realizar al final de cada turno la lista de RISP y verificar que sea los pacientes atendidos llevándola la lista en Excel	-Llevar lista de pacientes atendidos en Excel para el mes de diciembre de 2025
7	Realizar el registro diario de los estudios realizados por el especialista.	-Realizar al final de cada turno la lista de RISP y verificar que sea los pacientes atendidos llevándola la lista en Excel	-Llevar lista de pacientes atendidos en Excel para el mes de diciembre de 2025

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

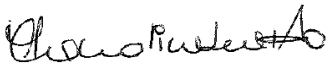
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Adecuado llamado a pacientes y explicación de examen a realizar.	-Adecuado llamado a pacientes y explicación de examen a realizar.

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		\$ 3035599
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92280061	-			
2025	NOVIEMBRE	2025	12	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800	
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número de Cuenta	262154271	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DAVID ISAIAS PEREZ PEÑA			2025-12-11 11:30:58	
RECHAZADO SUPERVISOR					MARIA CAROLINA LEAL APONTE			2025-12-14 12:21:20	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DAVID ISAIAS PEREZ PEÑA			2025-12-22 13:31:16	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE			2025-12-22 14:28:57	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-12-23 08:33:27	

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	1000806643	DAVID ISAIAS PEREZ PEÑA		cll 8 sur N 10 - 25	3214085697	dpp89009@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92280061	10
TOTAL A PAGAR					\$440.500

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000806643	DAVID ISAIAS PEREZ PEÑA		cil 8 sur N 10 - 25	3214085697	dpp89009@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92280061	10
					TOTAL A PAGAR
					\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	1000806643	PEREZ PEÑA DAVID ISAIAS	59	0		N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

