

**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 Contratista:	del	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL	Número de Documento:	52841612			
Correo Electrónico:	pacaleal@gmail.com		Número Telefónico:	3041323803			
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3553-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TERAPEUTA OCUPACIONAL				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
M06OCME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	12	20210	\$3880320	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3880320	TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS					

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	\$ 6467200	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3880320	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 5092920	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1616800	
2	FEBRERO			\$ 3880320	

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
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

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 30072480	\$ 45512920	\$ 40420000	\$ 5092920

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	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 Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	Adherencia y aplicación de procedimientos específicos del perfil profesional.	Actas de capacitación-Control documental.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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								
Período 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				
2026	NOVIEMBRE	2025	12	10	91594965	-		
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	\$ 257200
Salud					COMPENSAR		\$ 194016	\$ 200900
ARL				3	SURA		\$ 37810	\$ 39200
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR		Total	\$ 450458
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		2025-12-11 20:40:59		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-12-13 21:19:08		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-14 20:06:47		

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	0000000000	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	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91594965	\$529.500	

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	200.000	0		0		0	7	900	0	200.900	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	7	1.200	0	257.200	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	7	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	7	200	32.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	200.000	200.900
Pensión	1	256.000	257.200
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
TOTALES	4	527.000	529.500

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	0000000000	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	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91594965	\$529.500		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 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

Datos guardados

- 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](#)

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

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 Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle
<input type="checkbox"/> SIDEAP-SIGEP CLAUDIA.pdf	SIDEAP-SIGEP CLAUDIA.pdf	Proveedor Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle
<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 Detalle



CERTIFICACIÓN CUENTA DE
COBRO MES NOVIEMBRE 2025
CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL
CTO#3553-2025.pdf

CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO
MES NOVIEMBRE 2025 CLAUDIA
PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3553-
2025.pdf

Proveedor

Descargar

Detalle