Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	ANDREA CAROLINA PEREZ MAYA		**Número de Documento:**	1022417733	
Correo Electrónico:	andreaperez@udca.edu.co		**Número Telefónico:**	3209627474	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2074-2025	**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	Procetaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	30	38110	$8231760	116.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 8231760**	**OCHO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-07-15	NUL	1	$ 1905500	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	$ 25152600	1314
3	2025-10-20	2025-11-30	3	$ 9756160	1767
4	2025-11-14	2026-01-16	4	$ 11433000	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 4115880

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 8993960
3	MARZO	$ 9451280
4	ABRIL	$ 7545780
5	MAYO	$ 10061040
6	JUNIO	$ 9222620
7	JULIO	$ 8231760
8	AGOSTO	$ 9146400
9	SEPTIEMBRE	$ 8460420
10	OCTUBRE	$ 9908600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 104954940**	**$ 85137740**	**$ 19817200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil (medico(a)) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs 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	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.	- 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	3). Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma 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 cientifica (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)	-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 Proteccion Social y los demás entes competentes.	-Historia Clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas 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 bioseguirdad.	-Historia Clinica
5	5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion 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 (dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Historia Clinica
6	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 Clinica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico 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 Clinica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeacíon con el Supervisor del contrato.	-Historia Clinica

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**	$ 9908600
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9495083205	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**21**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**NUEVE MILLONES NOVECIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 3963440	$ 634150	**$ 638200**
Salud					COMPENSAR		$ 495430	**$ 498600**
ARL				3	SURA		$ 96549	**$ 97300**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 1150269**	**$ 1234100**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	488427168403

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDREA CAROLINA PEREZ MAYA	2025-11-26 19:05:51
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-11-28 11:09:12
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-11-30 16:16:54

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

© Siasur - 2025

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022417733		PEREZ MAYA ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12 c #71b - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6796995	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1945437542	9495083205	I	2025/11/11	2025/11/21	NEQUI	10	$1,234,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,963,200	$634,200			$3,963,200	$495,400			$0	$0			$3,963,200	$96,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,963,200	$634,200			$3,963,200	$495,400			$0	$0			$3,963,200	$96,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,963,200	$634,200			$3,963,200	$495,400			$0	$0			$3,963,200	$96,600		$0	$0
1	CC	1022417733 PEREZ ANDREA	230301	30	$3,963,200	$634,200	EPS008	30	$3,963,200	$495,400		0	$0	$0	14-11	30	$3,963,200	$96,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$3,963,200	$634,200			$3,963,200	$495,400			$0	$0			$3,963,200	$96,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022417733		PEREZ MAYA ANDREA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 12 c #71b - 41	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6796995	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1945437542	9495083205	I	2025/11/11	2025/11/21	NEQUI	10	$1,234,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$634,200	$4,000	$0	$638,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$634,200	$4,000	$0	$638,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$96,600	$700	$0	$97,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$96,600	$700	$0	$97,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$495,400	$3,200	$0	$498,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$495,400	$3,200	$0	$498,600
TOTAL				1	$1,226,200	$7,900	$0	$1,234,100

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		
☐	CUENTA ENERO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA ENERO - CTO N. 2474 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS PENDIENTES.pdf	DOCUMENTOS PENDIENTES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA JUNIO - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO-CTO N. 2074-2025.pdf	CUENTA JULIO-CTO N. 2074-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO N. 2074 -2025.pdf	CUENTA AGOSTO CTO N. 2074 -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE - CTO N. 2074 - 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE - CTO N. 2074 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >