

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@hotmail.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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92541541	\$495.400
TOTAL A PAGAR					

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	188.000	0		0		0	0	0	0	188.000	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	240.600	0	0	0	0	0	0		240.600	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	36.700				36.700	0	0	36.700			367	36.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	30.100	0
						0	0
						30.100	1

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	188.000	188.000
Pensión	1	240.600	240.600
Riesgos Laborales	1	36.700	36.700
CCF	1	30.100	30.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	495.400	495.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@hotmail.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
2025-12	2025-12	I	02/01/2026	92541541	\$495.400

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 exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1022442918	RINCON PINILLA MARIA PAULA	57	0		N																			230301	1.503.624	240.600	0	0	0	0	EPS008	1.503.624	188.000	14-11	1.503.624	3	36.700	CCF24	1.503.624	30.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-12-01	Hasta:	2025-12-31
Nombre del Contratista:	MARIA PAULA RINCON PINILLA		Número de Documento:	1022442918
Correo Electrónico:	paularinconpini@hotmail.com		Número Telefónico:	3012860429
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4632-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TERAPEUTA DE LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGO				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A51JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	186	0	20210	\$3759060	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3759060	TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SESENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-30			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-28
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 4729140	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3516540	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	\$ 3759060	1956
4	2025-12-11		4	\$ 626510	2122
5	2025-12-11		5	\$ 626510	2122
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	FEBRERO	\$ 4486620	
2	MARZO	\$ 3759060	
3	ABRIL	\$ 3759060	
4	MAYO	\$ 3759060	
5	JUNIO	\$ 3759060	
6	JULIO	\$ 3759060	
7	AGOSTO	\$ 3759060	
8	SEPTIEMBRE	\$ 3759060	
9	OCTUBRE	\$ 3759060	
10	NOVIEMBRE	\$ 3759060	
11	DICIEMBRE	\$ 3759060	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 30072480		\$ 43330240	\$ 42077220
			\$ 1253020
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 Profesional de Apoyo Terapéutico 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	Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por fonoaudiología.	Historia clínica -Planes de trabajo en casa.
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	Se realizan actividades informativas de manera oral (taller) y escrita (organigrama mensual) encaminadas a favorecer adecuados hábitos de higiene personal y autocuidado de forma individual, familiar y grupal.	Historia clínica -Organigrama
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	Diligenciamiento oportuno de las historias clínicas en sistema dinámico gerencial.	Historia clínica dinámica gerencial.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	Actividad no realizada este mes.	No aplica actividad, no realizada este mes.
5	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.	Se enruta usuario de acuerdo a protocolos dados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, según la necesidad o diagnóstico del mismo.	Historia Clínica -Remisiones.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	Se realiza remisión a los usuarios que requieran seguimiento o valoración por alguna especialidad para un manejo integral.	Historia Clínica -Remisiones
7	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.	Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por fonoaudiología.	Historia clínica -Planos de seguimiento en casa.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	Se da a conocer oportunamente de manera verbal y escrita por medio de informe terapéutico los objetivos, plan de tratamiento y evolución de los usuarios.	Historia clínica -Informe de evolución terapéutica.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Actividad no realizada este mes.	No aplica actividad no realizada este mes.

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		\$ 3759060
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91634977	-			
2026	NOVIEMBRE	2025	12	02					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SESENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1503624	\$ 240580	\$ 240600
Salud						COMPENSAR		\$ 187953	\$ 188000
ARL					3	SURA		\$ 36628	\$ 36700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 436382	\$ 465300
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91216137669	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARÍA PAULA RINCÓN PINILLA			2025-12-11 11:51:46	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN			2025-12-17 20:50:23	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO			2025-12-18 16:04:16	
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			2026-01-08 16:10:28	

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS