

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-12-01	<b>Hasta:</b>	2025-12-31	
<b>Nombre Contratista:</b>	del	JOSSIE DELGADO SALAZAR		<b>Número de Documento:</b>	236305
<b>Correo Electrónico:</b>	Jossdesa@hotmail.com			<b>Número Telefónico:</b>	3196634858
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	<b>Cargo:</b>	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	<b>Código Grado:</b> - 242-27

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	5418-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	MÉDICO GENERAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SAN BENITO				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A10ULN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL NUEVO	186	0	34052	\$6333672	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 6333672	<b>SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-04-11			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<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	\$ 10501637	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 6333672	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 7389284	1890
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	
1	ABRIL			\$ 3132784	

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

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

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>				
2	MAYO	\$ 5890996		
3	JUNIO	\$ 6333672		
4	JULIO	\$ 6333672		
5	AGOSTO	\$ 6333672		
6	SEPTIEMBRE	\$ 6333672		
7	OCTUBRE	\$ 6333672		
8	NOVIEMBRE	\$ 6333672		
9	DICIEMBRE	\$ 6333672		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 30190503		\$ 54415096	\$ 53359484	\$ 1055612
<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 Médico(a) 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 (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-se realiza la prestación de servicios como Médico en consulta acorde a la normativa vigente en la Subred integrada de servicios de salud sur	-historia clinica	
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 brinda la educación orientación y recomendaciones en consulta según consulta realizada para promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	-Historia Clinica	
3	Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma 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).	-se realiza el registro en historia clínica toda la información de forma veraz, secuencial con criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017)	-Historia clinica	
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-se realiza el apoyo a la elaboración actualización de formatos, protocolos guías, procedimientos de medicina incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Actas, historia clinica y consentimientos informados	

<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>
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 realiza el apoyo en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios según las necesidades encontradas en las consultas realizadas según las rutas de atención en salud,	-Historia clínica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-se realiza la articulación con las acciones de los equipos misionales para el manejo integral y cuidado de cada paciente atendido en consulta de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Actas y historia clínica
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.	-se realiza la valoración de cada paciente para evaluar su diagnóstico y el plan a manejar según lo encontrado en la revisión de cada paciente	-Historia Clínica
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-se informa de manera clara y oportuna al paciente o su familiar y/o acudiente la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento encontrado en cada paciente	-Historia clínica
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-se realizan las actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Historia clínica

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2025	11	28	9494826377	-	\$ 6333672	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				SI	PORVENIR	\$ 2533469	\$ 405355	\$ 0
Salud					COMPENSAR		\$ 316684	\$ 316700
ARL				3	SURA		\$ 61715	\$ 61800
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 735264</b>	<b>\$ 378500</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0570004270221833	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSSIE DELGADO SALAZAR		2025-12-10 20:35:04		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2025-12-12 20:13:18		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO		2025-12-15 14:52:53		
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 16:09:12		

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.

**SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ**  
**ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)  
 Teléfono 7300000 Ext 26017  
 © Siasur - 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 236305		DELGADO SALAZAR JOSSIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70D # 63 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1962860842	9494826377	I	2025/12/02	2025/11/28	BANCO DAVIVIENDA	0	\$378,500

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$0	\$0			\$2,533,469	\$316,700			\$0	\$0			\$2,533,469	\$61,800		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$0	\$0			\$2,533,469	\$316,700			\$0	\$0			\$2,533,469	\$61,800		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,533,469	\$316,700			\$0	\$0			\$2,533,469	\$61,800		\$0	\$0
1	CE	236305	DELGADO JOSSIE		0		EPS008	30	\$2,533,469	\$316,700		0		\$0	14-11	30	\$2,533,469	\$61,800	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$0	\$0			\$2,533,469	\$316,700			\$0	\$0			\$2,533,469	\$61,800		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 236305		DELGADO SALAZAR JOSSIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70D # 63 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	1962860842	9494826377	I	2025/12/02	2025/11/28	BANCO DAVIVIENDA	0	\$378,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$61,800	\$0	\$0	\$61,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$61,800	\$0	\$0	\$61,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$316,700	\$0	\$0	\$316,700	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$316,700	\$0	\$0	\$316,700	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$378,500</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$378,500</b>	



¡Hola, Jossie Delgado Salazar!

Estado de la Transacción: **Aprobada** ✓

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

Valor: \$ 378.500

Empresa: APORTES EN LINEA

Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9494826377

Fecha de la transacción: 28/11/2025

CUS: 1962860842

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuentra estos tips de seguridad:**

The screenshot shows the PSE web portal interface. At the top, there is a navigation bar with 'Búsqueda', 'Mis procesos', and 'Menú'. The main content area is titled 'Ejecución del Contrato' and includes a 'Plan de Pagos' table. Below this, there is a section for 'Documentos de ejecución del contrato' with a list of monthly payment documents.

Id de pago	Numero de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
Pago-001	001	15 días de tiempo transcurrido (28/11/2025 14:48 PM CTO - 08:00 Reporte Linea Salda)	-	6.333.672 COP	Enviado a la Entidad Estatal <a href="#">Detalle</a>
Pago-002	002	3 minutos de tiempo transcurrido (11/12/2025 12:00 PM CTO - 08:00 Reporte Linea Salda)	-	6.333.672 COP	Enviado a la Entidad Estatal <a href="#">Detalle</a>

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> ARL SURIA 236335 CTO 5418 2025.pdf	ARL SURIA 236335 CTO 5418 2025.pdf	Comprador <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL CTO 5418 2025.pdf	CUENTA ABRIL CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MAYO CTO 5418 2025.pdf	CUENTA MAYO CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JUNIO CTO 5418 2025.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA JULIO CTO 5418 2025.pdf	CUENTA JULIO CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA AGOSTO CTO 5418 2025.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5418 2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA OCTUBRE CTO 5418 2025.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA NOVIEMBRE CTO 5418 2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 5418 2025.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y  
CESANTIAS PORVENIR S.A.**

**INFORMA:**

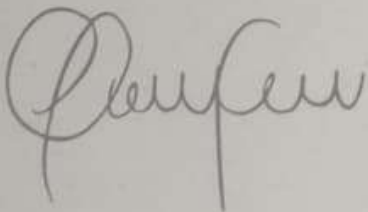
Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, identificado(a) con Documento No. 236,305, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ene.08/20	DEVOLUCION_SALDOS	\$9,644.00
May.24/19	DEVOLUCION_SALDOS	\$10,228,681.00
Sep.05/18	DEVOLUCION_SALDOS	\$12,309,852.00
Oct.25/17	DEVOLUCION_SALDOS	\$78,410,640.00

Así las cosas el(la) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 24 días del mes de Noviembre de 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes