

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-01	Hasta:	2026-01-31
Nombre del Contratista:	ALEXANDER LOZANO ARAGON		Número de Documento:	79331906
Correo Electrónico:	alexander1234ala@gmail.com		Número Telefónico:	3124044632
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado: - 242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8627-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1767
Perfil:	ODONTÓLOGO				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS DESTINO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
E01UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	186	0	20177	\$3752922	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3752922	TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIDOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-20			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-01-16
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-01-10	2026-01-31	1	\$ 3296922	80
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	NOVIEMBRE			\$ 1190443	
2	DICIEMBRE			\$ 3732745	
3	ENERO			\$ 3752922	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5379188		\$ 8676110	\$ 8676110	\$ 0
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 Odontólogo(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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Prestar el servicio de odontología general con uso de normas de seguridad y ética profesional.	-Historia Clínica.	
2	Valorar, diagnosticar, definir plan de tratamiento odontológico al paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio, Adhiriéndose al modelo de atención institucional.	Prestar el servicio de odontología general con uso de normas de seguridad y ética profesional.	-Historia Clínica.	
3	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.	-Explicar al paciente de forma detallada la importancia de acudir al servicio, el plan de tratamiento que se va a realizar paso a paso.	-Historia Clínica.	
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de salud oral y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Realizar el diligencia miento correcto en la historia clínica de cada uno de los procedimientos a realizar teniendo en cuenta los consentimientos informados.	-Historia Clínica.	
5	Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto odontológico, procedimientos y cuidados de salud oral, 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, sustituya).	Realizar adecuado diligencia miento de historia clínica.	-Historia Clínica.	
6	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 (informe mensual, diligenciamiento drive, plani llas jornadas, informe de radiología, informe causas de inasistencia o no atención, listas de chequeo segura.	-Verificar nombre y documento correcto del paciente al momento de ingresar a la consulta.	-Historia Clínica.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Obtener resultados en auditorías de adherencia guías de práctica clínica, registro clínico, iguales o mayores a 90%.	--Implementación de las acciones misionales.	-Macroproceso misional.
8	Cumplir las metas de tratamiento resolutivo, P y D, sisveso	-Prestar el servicio de Odontología en todas las áreas para el cumplimiento de las actividades programadas haciendo uso de todas las normal de bioseguridad .	-Historia Clinica.
9	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Implementación de las acciones misionales .	-Macroproceso Misiona.
10	Participación activa en procesos de habilitación, acreditación, certificación IAMII, ULC.	--Conocer y aplicar cada una de las acciones misionales ante el ente acreditador cuando fuese el caso.	-Macroproceso Misional.
11	Diligenciamiento de planillas de asistencia, test de apropiación del conocimiento.	-Realizar correcto diligencia miento de los procedimientos a realizar .	-Historia Clinica.
12	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Implementación de las acciones misionales.	-Macroproceso Misional.

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		\$ 3732745
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1077965950	-			
2025	DICIEMBRE	2026	01	07					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y DOS MIL SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1493098	\$ 238896	\$ 240200	
Salud					COMPENSAR		\$ 186637	\$ 187600	
ARL				3	SURA		\$ 36372	\$ 36600	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 433327	\$ 464400	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24135313026	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ALEXANDER ARAGON LOZANO			2026-01-20 15:02:39	
RECHAZADO SUPERVISOR					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ			2026-01-21 23:07:50	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ALEXANDER ARAGON LOZANO			2026-01-22 07:46:39	
RECHAZADO SUPERVISOR					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ			2026-01-24 21:14:46	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ALEXANDER ARAGON LOZANO			2026-01-26 07:35:06	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ			2026-01-26 07:51:18	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2026-01-28 09:45:37	
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			2026-02-16 14:39:22	

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

Fecha creación reporte: 2026-01-07, 03:45:24 PM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1077965950

Periodo Cotización:

diciembre de 2025

Periodo Servicio:

diciembre de 2025

5 Referencia pago (PIN): 8823707215

PAGADO 07/01/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEXANDER LOZANO ARAGON		
Documento	CC79331906	Dirección	cII12C 5 46 APT 204
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3341993
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total								
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días ARP	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 79331906	ALEXANDER LOZANO ARAGON	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.500.800	\$ 240.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.500.800	\$ 187.600	2.436	\$ 1.500.800	\$ 36.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 464.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.500.800	\$ 1.500.800	\$ 1.500.800	\$ 0	\$ 240.200	\$ 187.600	\$ 36.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 464.400	\$ 700	\$ 465.100



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 7:27:14
Alexander Lozano



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

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 DE COBRO NOVIEMBRE CTO 8627-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE CTO 8627-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 8627 2025.pdf	PS 8627 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 8627 - 2025.f (Archivado)	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 8627 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 8627 - 2025.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE CTO 8627 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>