

**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>	2026-01-01	<b>Hasta:</b>	2026-01-31			
<b>Nombre Contratista:</b>	del	ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES	<b>Número de Documento:</b>	1031135164			
<b>Correo Electrónico:</b>	angela.avecor@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3114945359			
<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>	3262-2025	<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 NAZARETH				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A10UJ	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA FLORA	127	0	46690	\$5929630	68.3%
A37UJ	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA FLORA	14	0	46690	\$653660	7.5%
A10UP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS DESTINO	21	0	46690	\$980490	11.3%
A37UP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS DESTINO	6	0	46690	\$280140	3.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 7843920	<b>SIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-21		<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-09-20	
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 7330330	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 7937300	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 4248790	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 7236950	80
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1	ENERO		\$ 4482240		
2	FEBRERO		\$ 8264130		
3	MARZO		\$ 7843920		
4	ABRIL		\$ 5322660		
5	MAYO		\$ 8684340		
6	JUNIO		\$ 7843920		
7	JULIO		\$ 8310820		
8	AGOSTO		\$ 8684340		
9	SEPTIEMBRE		\$ 7937300		
10	OCTUBRE		\$ 4762380		
11	NOVIEMBRE		\$ 6723360		
12	DICIEMBRE		\$ 8684340		
13	ENERO		\$ 7843920		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
<b>\$ 69474720</b>		<b>\$ 96228090</b>		<b>\$ 95387670</b>	
<b>SALDO DEL CONTRATO</b>		<b>\$ 840420</b>			
<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.	Prestar servicios como médico general en la Unidad de Servicios de Salud asignadas (El Destino y La Flora).		Asistencia a Unidad de Servicios de Salud asignadas (El Destino y La Flora).	
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.	Realización de actividades de promoción y prevención de la enfermedad y el autocuidado de la salud.		Dar recomendaciones durante la valoración médica en el consultorio de acuerdo con las necesidades, patologías y ciclo de vida del paciente	

	<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>
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).	Registro de la historia clínica durante la valoración médica en el consultorio de cada paciente agendado en la Unidad de Servicios de Salud asignada de acuerdo con las normas vigentes que la rigen.	Historia clínica individual en Dinámica web.
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.	Adherencia a los protocolos y guías de práctica clínica establecidos por la Subred y la Secretaría de Salud para cada una de las patologías de los pacientes asignados, así como la renovación de formato MIPRES en los casos que se amerite.	Historia clínica en Dinámica web y formato MIPRES.
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.	Identificación de necesidad de cada paciente durante la valoración médica en consultorio para lograr adecuada canalización a las rutas de atención en salud de acuerdo s su ciclo de vida.	Historia clínica en Dinámica web.
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Identificación de necesidad de cada paciente durante la valoración médica en consultorio para lograr adecuada canalización a las rutas de atención en salud de acuerdo s su ciclo de vida.	Historia clínica en Dinámica web.
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.	Generar manejo y cuidado integral del paciente de acuerdo con las normas vigentes, sus necesidades y su ciclo de vida.	Historia clínica en Dinámica web.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	Dar información clara y precisa sobre el diagnóstico y tratamiento al familiar, acudiente o tutor legal del paciente valorado en el consultorio.	Historia clínica en Dinámica web.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Cumplir con las demás actividades que sean asignadas al perfil de méd	Participación circulos de calidad.

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	\$ 8684340
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	DICIEMBRE	2026	01	08	4347495	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					OCHO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 3473736	\$ 555798	\$ 556800
Salud					SÁNTAS		\$ 434217	\$ 435000
ARL				3	SURA		\$ 84620	\$ 84800
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 1008148</b>	<b>\$ 1076600</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550004800451272	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES		2026-01-22 19:44:13		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-01-23 19:44:19		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-01-28 09:41:51		
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		2026-02-19 13:58:02		

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 DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031135164	ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES		Calle 47A Sur 26-16	2701517	angela.avecor@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	
2025-12	2025-12	I	08/01/2026	4347495	\$1.146.200	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	435.000	0		0		0	0	0	0	435.000	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	556.800	0	0	0	0	0	0	0	556.800	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	84.800				84.800	0	0	84.800			848	84.800	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	69.600	0	0	69.600	1

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	435.000	435.000
Pensión	1	556.800	556.800
Riesgos Laborales	1	84.800	84.800
CCF	1	69.600	69.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>1.146.200</b>	<b>1.146.200</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031135164	ANGELA PATRICIA AVENDAÑO CORTES		Calle 47A Sur 26-16	2701517	angela.avecor@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	
2025-12	2025-12	1	08/01/2026	4347495	\$1.146.200		

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1031135164	AVENDAÑO CORTES ANGELA PATRICIA	59	0			N																	230301	3.480.000	556.800	0	0	0	0	EPS005	3.480.000	435.000	14-11	3.480.000	3	84.800	CCF24	3.480.000	69.600	0	0	0	0	0

# PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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

< Evalua

#### 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		
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 ENERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 ENERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	VISIOMETRIA.pdf	VISIOMETRIA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	VACUNA INFLUENZA.pdf	VACUNA INFLUENZA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CURSO AGENTES QUÍMICOS.pdf	CURSO AGENTES QUÍMICOS.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CURSO CUIDADO DEL DONANTE.pdf	CURSO CUIDADO DEL DONANTE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CURSO MANEJO DEL DOLOR.pdf	CURSO MANEJO DEL DOLOR.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 FEBRERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 FEBRERO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 MARZO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 MARZO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 ABRIL USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 ABRIL USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL 2025.pdf	POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 MAYO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 MAYO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 JUNIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 JUNIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 JULIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 JULIO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 AGOSTO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 AGOSTO USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 SEPTIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 SEPTIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 OCTUBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf (Archivado)	CTO 3262-2025 OCTUBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 OCTUBRE USS DESTINO USS LA FLORA C.pdf	CTO 3262-2025 OCTUBRE USS DESTINO USS LA FLORA C.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 NOVIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	CTO 3262-2025 NOVIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3262-2025 DICIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf.pdf	CTO 3262-2025 DICIEMBRE USS DESTINO USS LA FLORA.pdf.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>