

**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	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	166	0	34052	\$5652632	89.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 5652632	<b>CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS TREINTA 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
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 5278060	80
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	

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>				
1	ABRIL	\$ 3132784		
2	MAYO	\$ 5890996		
3	JUNIO	\$ 6333672		
4	JULIO	\$ 6333672		
5	AGOSTO	\$ 6333672		
6	SEPTIEMBRE	\$ 6333672		
7	OCTUBRE	\$ 6333672		
8	NOVIEMBRE	\$ 6333672		
9	DICIEMBRE	\$ 6333672		
10	ENERO	\$ 5652632		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 30190503		\$ 59693156	\$ 59012116	\$ 681040
<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	

<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>
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 clínica y consentimientos informados
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	\$ 6333672
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	DICIEMBRE	2026	01	02	9496708450	-		
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**

<b>Entidad Bancaria</b>	BANCO DAVIVIENDA S.A.	<b>Tipo de Cuenta</b>	AHORROS	<b>Número Cuenta</b>	de	0570004270221833
-------------------------	-----------------------	-----------------------	---------	----------------------	----	------------------

**HISTÓRICO**

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSSIE DELGADO SALAZAR	2026-01-21 19:00:56
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-24 21:25:58
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSSIE DELGADO SALAZAR	2026-01-24 23:12:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-25 15:32:13
NUEVO POR CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-28 09:34:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-28 09:41:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-29 08:41:00
NUEVO POR CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-29 08:41:29
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-29 09:00:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSSIE DELGADO SALAZAR	2026-01-29 09:05:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-29 09:17:33

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-30 16:37:25
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 14:39:19

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**



## Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	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>

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

**INFORMA:**

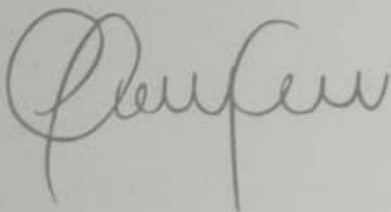
Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, identificado(a) con Documento No. 236,305, por las siguientes sumas:

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

- 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

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	
Pago 001	001	24/11/2025 8:44:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Zona Quito)</small>	-	6.333.672 COP	Enviada a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 002	002	10/12/2025 8:10:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Zona Quito)</small>	-	6.333.672 COP	Enviada a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>
Pago 003	003	12 días de tiempo transcurrido <small>((12/01/2026 4:09:00 PM (UTC-05:00) Bogotá, Zona, Quito)</small>	-	6.333.672 COP	Enviada a la Entidad Estatal	<a href="#">Detalle</a>

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	AR1 SURA 236305 CTO 5418-2025.pdf	AR1 SURA 236305 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>
<input type="checkbox"/>	cuenta diciembre cto 5418-2025.pdf	cuenta diciembre cto 5418-2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar