Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-01-01	**Hasta:**	2026-01-31	
Nombre del Contratista:	OWEN OMAR ALBA TORRES		**Número de Documento:**	74372841	
Correo Electrónico:	owenalba@gmail.com		**Número Telefónico:**	3183728506	
Nombre del Supervisor:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	**Cargo:**	COORDINADOR DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	213-32

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2959-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	180	12	38110	$7317120	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7317120**	**SIETE MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 7774440	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 7317120	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 9324247	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	$ 4395353	82
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 2286600	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 6402480
3	MARZO	$ 7317120
4	ABRIL	$ 6859800
5	MAYO	$ 6859800
6	JUNIO	$ 6859800
7	JULIO	$ 6859800
8	AGOSTO	$ 6859800
9	SEPTIEMBRE	$ 6859800
10	OCTUBRE	$ 7317120
11	NOVIEMBRE	$ 6859800
12	DICIEMBRE	$ 6859800
13	ENERO	$ 7317120

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 85518840**	**$ 85518840**	**$ 0**

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 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	- Atendí a los pacientes de acuerdo a los principios del sistema general de seguridad social	- Historias clínicas
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.	- Di recomendaciones a los pacientes para promover y prevenir enfermedades	- Historias clínicas
3	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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	- Realice diligenciamiento de historias clínicas	- Historias clínicas

© Siasur - 2026

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 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.	- Diligencie los formatos establecidos	- Historias clínicas
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.	- Realice seguimiento a pacientes atendidos	- Historias clínicas
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	- Realice el manejo de pacientes	- Historias clínicas
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	- Valore y diagnostique pacientes	- Historias clínicas
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	- Informe oportunamente a los familiares la evolución y tratamiento de los pacientes	- Historias Clínicas
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Cumplí las metas de producción acordadas con el supervisor	- Historias clínicas

© Siasur - 2026

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	7998787917	-		$ 6859800
2025	DICIEMBRE	2026	01	05				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2743920	$ 439027	**$ 454200**
Salud		NUEVA EPS		$ 342990	**$ 354800**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 66842	**$ 69200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 796340**	**$ 878200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008400763135

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OWEN OMAR ALBA TORRES	2026-01-22 19:45:15
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ	2026-01-24 14:20:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OWEN OMAR ALBA TORRES	2026-01-24 19:17:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ	2026-01-24 19:32:15
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-27 19:43:34
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 13:58:21

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.

Jorge Jonathan Bautista Hernandez.

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
COORDINADOR DE URGENCIAS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OWEN OMAR ALBA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO 301	TELÉFONO:	5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7998787917**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/01/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2058987830

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 384.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 384.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 300.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 300.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 58.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 58.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 743.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 743.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OWEN OMAR ALBA TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO 301	TELÉFONO:	5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6004200713**		TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	diciembre
	AÑO:	2025		AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:	9				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/01/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2101445933	

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7998787917	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2026/01/05

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 69.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 69.500**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 54.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 54.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 10.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 133.600**
VALOR MORA:	**$ 800**
TOTAL PAGADO:	**$ 134.400**

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

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		
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE ENERO 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE FEBRERO 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959 - 2025 MES DE MARZO 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959 - 2025 MES DE MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES ABRIL 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE MAYO 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO No 2959-2025 MES DE JUNIO 2025.pdf	CTA DE COBRO No 2959-2025 MES DE JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE JULIO 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE AGOSTO 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE SEPTIEMBRE 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE VITAL AVANZADO RCCP.pdf	SOPORTE VITAL AVANZADO RCCP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SOPORTE VITAL BASICO RCCP.pdf	SOPORTE VITAL BASICO RCCP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE OCTUBRE 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE NOVIEMBRE 2025.pdf	CTA DE COBRO 2959-2025 MES DE NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO PS 2959-2025 MES DE DICIEMBRE 2025.pdf	CTA DE COBRO PS 2959-2025 MES DE DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >