

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-02-02	Hasta:	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	MARIA PAULA RINCON PINILLA		Número de Documento:	1022442918	
Correo Electrónico:	paularinconpini@hotmail.com		Número Telefónico:	3012860429	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3163-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	TERAPEUTA DE LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGO				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS LA ESTRELLA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A51JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	186	0	20664	\$3843504	103.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3843504	TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 3843504	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 19217520	\$ 19217520	\$ 3843504	\$ 15374016

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

1	Desarrollar actividades asistenciales propias del perfil profesional de apoyo terapéutico como fonoaudiólogo, conforme a la lex artis y al alcance del objeto contractual, orientadas a apoyar la prestación de los servicios de salud en las áreas definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en concordancia con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normativa vigente aplicable.	Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por fonoaudiología.	Historia clínica -Planes de trabajo en casa.
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales definidos para cada servicio.	Se realizan actividades informativas de manera oral (taller) y escrita (organigrama mensual) encaminadas a favorecer adecuados hábitos de higiene personal y autocuidado de forma individual, familiar y grupal.	Historia clínica -Organigrama
3	Registrar de manera veraz, clara, legible, secuencial y oportuna la información derivada de la atención terapéutica en la historia clínica, garantizando integralidad y racionalidad científica, conforme a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes, en especial lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Diligenciamiento oportuno de las historias clínicas en sistema dinámico gerencial.	Historia clínica dinámica gerencial.
4	Contribuir a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del área de apoyo terapéutico, de acuerdo con los lineamientos institucionales, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	Actividad no realizada este mes.	No aplica actividad, no realizada este mes.
5	Apoyar la identificación, caracterización, inscripción, seguimiento y canalización de los usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de la información requerida para la trazabilidad y seguimiento de indicadores relacionados con el estado de salud de la población atendida.	Se enruta usuario de acuerdo a protocolos dados por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, según la necesidad o diagnóstico del mismo.	Historia Clínica -Remisiones.
6	Articular las actividades terapéuticas con los equipos misionales, contribuyendo al manejo integral y continuo del paciente, conforme a la normatividad legal vigente y a los modelos de atención implementados por la Subred.	Se realiza remisión a los usuarios que requieran seguimiento o valoración por alguna especialidad para un manejo integral.	Historia Clínica -Remisiones
7	Realizar la valoración clínica, formulación diagnóstica y definición del plan de intervención terapéutica, de acuerdo con el cuadro clínico del usuario, dentro del ámbito de su competencia profesional, hasta su egreso o seguimiento ambulatorio, según corresponda al servicio prestado.	Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por fonoaudiología.	Historia clínica -Planos de seguimiento en casa.

8	Brindar información oportuna y clara al usuario y/o a su familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, respecto de la evolución clínica, riesgos y posibles complicaciones asociadas al proceso terapéutico, conforme a los principios de información, oportunidad y humanización en la atención en salud.	Se da a conocer oportunamente de manera verbal y escrita por medio de informe terapéutico los objetivos, plan de tratamiento y evolución de los usuarios.	Historia clínica -Informe de evolución terapéutica.
9	Desarrollar las demás actividades propias del perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto contractual, que contribuyan al fortalecimiento de la prestación de los servicios asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Actividad no realizada este mes.	No aplica actividad no realizada este mes.

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		\$ 3759060
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	41371718	-			
2026	ENERO	2026	02	02					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SESENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1692541.5	\$ 270807	\$ 280200
Salud					COMPENSAR			\$ 211568	\$ 218900
ARL					3	SURA		\$ 41230	\$ 42700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 491210	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91216137669	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MARÍA PAULA RINCÓN PINILLA		2026-02-23 15:48:57	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-02-26 11:20:40	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA		2026-02-27 09:45:52	
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		2026-03-11 13:28:14	

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.

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		61255260	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Salud	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	VST	SJA	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 1022442918	RINCON PINILLA MARIA PAULA			57	0		N																		230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
61255260	02/03/2026	67514556	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	\$1,750,905	\$35.300	

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					

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	

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										

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	7	200	35.300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.100	35.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	35.100	35.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
61255260	02/03/2026	67514556	12/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	N	\$1,750,905	\$35.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Saludgo	Extranjero	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	VST	SUN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1022442918	RINCON PINILLA MARIA PAULA	57	0		N																	230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA