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:**	2026-03-01	**Hasta:**	2026-03-31	
Nombre del Contratista:	LINDA ISABEL DIAZ CORTES		**Número de Documento:**	36860759	
Correo Electrónico:	angeldeluzprotegido@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105764942	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2712-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	294
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J17TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	156	0	46690	$7283640	70.9%
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	96	39253	$3768288	36.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 11051928**	**ONCE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS**					

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	$ 10020612	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 51359000	**$ 51359000**	**$ 10020612**	**$ 41338388**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Desarrollar servicios profesionales de medicina general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clínico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR ESE.	-Prestar mis servicios como medico de apoyo en la unidad renal,	-Practica clínica
2	2. Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado a nivel individual, familiar y comunitario, en el marco de su ejercicio profesional.	-Apoyar al personal asistencial con los pacientes en el proceso de diálisis ambulatoria, hospitalización y UCI	-Practica clínica
3	3. Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-Evolución diaria de pacientes del programa, elaboración de formulas medicas para los pacientes renales	-Registro dinámica
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos clínicos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Realización de protocolos, guisa y MIPRES, según la necesidad de cada pacientes y el servicio	-Practica clínica
5	5. Contribuir desde su ejercicio profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	-Realizar vinculo y comunicación asertiva con pacientes y familiares	-Practica clínica
6	6. Actuaciones articulares profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-Dar cumplimiento a las actividades asignadas de acuerdo a la normatividad	-Practica clínica
7	7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR ESE, incluyendo su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico.	-Valorar, evolucionar, prescribir a los pacientes a su cargo, realizar evoluciones mensuales de los mismos	-Registro dinámica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al manejo instalado.	-Comunicación asertiva, calar y precisa con familiares y pacientes	Practica clínica
9	9. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR ESE, manteniendo en todo momento su autonomía técnica y científica.	-Según la necesidad del servicio	-Según la necesidad del servicio

© 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	$ 10020612
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9501968717	-		
2026	FEBRERO	2026	03	24				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DIEZ MILLONES VEINTE MIL SEISCIENTOS DOCEPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 4008245	$ 641319	**$ 646000**
Salud		SÁNITAS		$ 501031	**$ 504700**
ARL	3	COLMENA		$ 97641	**$ 98400**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1163273**	**$ 1249100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE OCCIDENTE	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	035866508

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINDA ISABEL DIAZ CORTES	2026-03-24 08:46:16
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINDA ISABEL DIAZ CORTES	2026-03-24 08:51:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINDA ISABEL DIAZ CORTES	2026-03-24 10:03:13
RECHAZADO SUPERVISOR	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-03-24 10:32:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINDA ISABEL DIAZ CORTES	2026-03-24 12:36:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-03-24 12:53:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2026-03-26 12:21:07

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.

© Siasur - 2026

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

© Siasur - 2026

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36860759		LINDA ISABEL DIAZ CORTES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	GUALCALA CASA 125	IPIALES-NARIÑO	7252153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	163786540	9501968717	I	2026/03/13	2026/03/24	BANCO DE OCCIDENTE	11	$1,249,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,008,300	$641,400			$4,008,300	$501,100			$0	$0			$4,008,300	$97,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,008,300	$641,400			$4,008,300	$501,100			$0	$0			$4,008,300	$97,700		$0	$0
Ciudad: IPIALES Depto: NARIÑO (1 Afiliados)					$4,008,300	$641,400			$4,008,300	$501,100			$0	$0			$4,008,300	$97,700		$0	$0
1	CC 36860759	DIAZ LINDA	25-14	30	$4,008,300	$641,400	EPS005	30	$4,008,300	$501,100		0	$0	$0	14-25	30	$4,008,300	$97,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,008,300	$641,400			$4,008,300	$501,100			$0	$0			$4,008,300	$97,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36860759		LINDA ISABEL DIAZ CORTES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	GUALCALA CASA 125	IPIALES-NARIÑO	7252153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	163786540	9501968717	I	2026/03/13	2026/03/24	BANCO DE OCCIDENTE	11	$1,249,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$641,400	$4,600	$0	$646,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$641,400	$4,600	$0	$646,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$700	$0	$98,400
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$97,700	$700	$0	$98,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$501,100	$3,600	$0	$504,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$501,100	$3,600	$0	$504,700
TOTAL				**1**	**$1,240,200**	**$8,900**	**$0**	**$1,249,100**

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		
	2712-2026 CUENTA ENERO (Archivado)	ilovepdf_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2712-2026 CUENTA FEBRERO	CUENTA LINDA FEB 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados



Esta medición está habilitada unicamente para servidores públicos y colaboradores que tengan registrada una **vinculación** o **contrato vigente** en **SIDEAP**.

Para iniciar, ingrese sú número de cédula en el siguiente campo:

Ingrese su número de documento de identidad

36860759

Validar

El número de documento # **36860759** no tiene una vinculación o contrato vigente registrado en SIDEAP, por lo tanto no puede participar en esta medición.

SOPORTE TÉCNICO

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co

SOPORTE TÉCNICO