

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

<b>Periodo Certificar:</b>	<b>a</b>	<b>Desde:</b>	2026-03-01	<b>Hasta:</b>	2026-03-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA			<b>Número de Documento:</b>	1014281704
<b>Correo Electrónico:</b>	ALEXACASTIBLANCO96.AC@GMAIL.COM			<b>Número Telefónico:</b>	3132356005
<b>Nombre del Supervisor:</b>	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	<b>Código - Grado:</b>	009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2960-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	294
<b>Perfil:</b>	TERAPEUTA OCUPACIONAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS LA ESTRELLA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38HDJB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS SAN BENITO	186	0	21866	\$4067076	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 4067076</b>	<b>CUATRO MILLONES SESENTA Y SIETE MIL SETENTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-02	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 4067076	
2	MARZO	\$ 4067076	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 20335380	\$ 20335380	\$ 8134152	\$ 12201228

	<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 profesionales de apoyo terapéutico, conforme a su perfil y a la Lex Artis, atendiendo las necesidades definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en armonía con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad 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 Terapia Ocupacional.	-Historia clínica -Planes de trabajo en casa
2	Desarrollar 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, dirigidas a usuarios, familias y comunidad, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales	-Se realizan actividades psicoeducativas de manera oral (taller) y descrita encaminadas a favorecer adecuados hábitos de higiene personal y autocuidado en cada uno de los usuarios	-Historia clínica -Plan autocuidado
3	. Registrar en la historia clínica la información correspondiente a la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible y clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones ni espacios en blanco, utilizando únicamente siglas internacionalmente aprobadas, de forma simultánea o inmediata a su realización, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a lo establecido en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	-Diligenciamiento oportuno de las historias clínicas en sistema dinámico gerencial	-Historia clínica dinámica gerencial
4	Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos de apoyo terapéutico, así como adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando sea pertinente, 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, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios hacia las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de la información requerida para la trazabilidad y análisis de los indicadores en salud.	-Se en ruta 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 acciones con los equipos misionales interdisciplinarios, contribuyendo al manejo integral y al cuidado del paciente, en concordancia con la normatividad legal vigente y los lineamientos técnicos institucionales.	-Se realiza remisión a los usuarios que requieran seguimiento o valoración por alguna especialidad para un manejo integral	-Historia clínica -Remisión
7	Valorar, evaluar y definir el plan de intervención terapéutica, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente que consulte a la SUBRED SUR E.S.E., dentro del ámbito de su competencia profesional, hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por Terapia Ocupacional.	-Historia clínica -Planos de seguimiento en casa.

<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>
8	Informar oportunamente al familiar, acudiente, representante o entidad responsable de la custodia del paciente, sobre la evolución, riesgos y posibles complicaciones del cuadro clínico objeto de atención, garantizando la confidencialidad, el trato digno y el derecho a la información.	-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, que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales de la Dirección de Servicios Hospitalarios, en relación directa con el objeto contractual.	-Desarrollo de actividades dirigidas al fortalecimiento y mantenimiento de las habilidades de ejecución.	-Historia clínica - Asistencia

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	\$ 4067076	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	FEBRERO	2026	03	10	50092925	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SESENTA Y SIETE MIL SETENTA Y SEISPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281500
Salud						COMPENSAR		\$ 218863	\$ 219900
ARL					3	POSITIVA		\$ 42652	\$ 42900
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 544300</b>
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488434021009		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA		2026-03-18 10:11:34		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-03-18 16:51:01		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA		2026-03-27 09:27:10		
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		2026-04-13 19:34:26		

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**

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611  
www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014281704	ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA		DG 82 C 75A 65	3132356005	alexacastiblanco96.ac@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		50092925	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$555.000	

## 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	218.900	0		0		0	7	1.000	0	219.900	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	280.200	0	0	0	0	7	1.300	0	281.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	7	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	10.600	7	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	7	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	7	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	218.900	219.900
Pensión	1	280.200	281.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>552.400</b>	<b>555.000</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014281704	ALEXANDRA CASTIBLANCO HERRERA		DG 82 C 75A 65	3132356005	alexacastiblanco96.ac@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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		50092925	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$555.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TDE	TDP	TAP	VP	SN	ICE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 1014281704	CASTIBLANCO HERRERA ALEXANDRA			57	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF22	1.750.905	30	10.600	0	0	0	0	0	

# PAGADA

- 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
2960 ENERO 2026 HOSPITALARIOS.pdf (Archivado)	2960 ENERO 2026 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 2960 FEBRERO 2026 HOSPITALARIOS.pdf	2960 FEBRERO 2026 HOSPITALARIOS.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal