

**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>         | 2026-03-01                       | <b>Hasta:</b> | 2026-03-31                       |                               |
| <b>Nombre Contratista:</b>   | del                   | NOHORA MILENA JEREZ GIRON        |               | <b>Número de Documento:</b>      | 52902847                      |
| <b>Correo Electrónico:</b>   | serunidos@hotmail.com |                                  |               | <b>Número Telefónico:</b>        | 3102118028                    |
| <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>                 | 1937-2026                           | <b>Año Contrato:</b> | 2026 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 295 |
| <b>Perfil:</b>                       | MÉDICO GENERAL                      |                      |      |                              |     |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS |                      |      |                              |     |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS CANDELARIA LA NUEVA             |                      |      |                              |     |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                           | Unidad   | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| V07VAN913                           | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS CANDELARIA LA NUEVA  | 186          | 0                        | 35172      | \$6541992 | 100%                           |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | \$ 6541992                          | <b>SEIS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS</b> |              |                          |            |           |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |                          |                    |  |            |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2026-02-02                 |                          |                    | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2026-03-31 |
| <b>No. Prorroga</b>                        | <b>Fecha Inicio</b>        | <b>Fecha Terminación</b> | <b>No. Adición</b> | <b>Valor Adición</b>                             | <b>CDP</b> |
| 1  | 2026-03-25                 | 2026-06-30               | 1                  | \$ 0   | 0          |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> |                          |                    | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | FEBRERO                    |                          |                    | \$ 6541992                                       |            |
| 2  | MARZO                      |                          |                    | \$ 6541992                                       |            |

|                                   |                                 |                         |                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | <b>PAGOS REALIZADOS</b> | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|

| \$ 32709960  |   | \$ 32709960  | \$ 13083984  | \$ 19625976 |
|--|---|--|--|-------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |   | ACTIVIDADES<br>DESARROLLADAS EN EL<br>PERIODO EN CUMPLIMIENTO<br>DE CADA OBLIGACIÓN  | PRODUCTO O EVIDENCIA   |             |
| 1  | Desarrollar servicios profesionales de medico general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clínico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y a la normativa vigente, de acuerdo a las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E   | -SE REALIZA VALORAICON DE HISTORIA CLINICA RELACIONADA CON CIE 10 QUE INDICA CATEGORIA DE DISCAPACIDAD   | -SE INTERPRETA Y SE REALIZA UN ANALISIS, QUE POSTERIORMENTE ES REGISTRADA EN LA PLATAFORMA SISPRO Y EN PLATAFORMA DINAMICA GERENCIAL     |             |
| 2  | Ejecutar acciones 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, conforme a los lineamientos técnicos y normativos vigentes.  | -SE LE COMUNICA AL USUARIO EL MECANISMO DE LA EVALUACION, SE LE INDICA EN TERMINOS SENCILLOS QUE SE TRATADE DOS CUESTIONARIOS RELACIONADOS CON SU VIDA COTIDIANA   | -CON EL FIN DE IDENTIFICAR LIMITACION EN LA PARTICIPACION, EN LA FUNCIONALIDAD Y QUE TODO LO ANTERIOR PARTE DESDE EL AUTORECONOCIMIENTO  |             |
| 3  | Registrar de manera oportuna y adecuada la información derivada de los actos médicos realizados, en la historia clínica institucional, garantizando que dicha información sea veraz, clara, legible, secuencial y completa, conforme a los criterios establecidos en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.   | -EN EL FOLIO HCW298 DE DINAMICA GERENCIAL SE REGISTRA DE MANERA SECUENCIAL TODOS LOS CIE 10 QUE TENGAN RELACION CON DISCAPACIDAD   | -SE EMITE ANALISIS POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO QUE DETERMINA LIMITACION FUNCIONAL, ESTRUCTURAL Y DE LA PARTICIPACION         |             |
| 4  | Participar en la elaboración, actualización y/o ajuste de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con la atención médica, así como aplicar los mismos en el desarrollo de las actividades contratadas, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el registro de estadísticas vitales y el uso de herramientas del Sistema de Salud como MIPRES, cuando a ello haya lugar, observando las normas universales de bioseguridad, ética y seguridad del paciente. | -PREVIO A REALIZAR LA ENTREVISTA EXPLICO CLARAMENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO PUNTO POR PUNTO Y SI ESTE ES ACEPTADO POR USUARIO (A) CON FIRMA DIGITAL EN DINAMICA GERENCIAL, SE DA INICIO A LA VALORACION | -SE ACLARAN DUDAS TANTO AL USUARIO COMO AL FAMILIAR.   |             |
| 5  | Contribuir a la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como al suministro y consolidación de información necesaria para la trazabilidad y seguimiento de indicadores asociados a los procesos asistenciales.  | -CONTAMOS CON LINK DE CANALIZACION DEL CUAL HACEMOS USO LOS 3 MIEMBROS DE EQUIPO PARA AGILIZAR LAS AYUDAS QUE REQUIERE EL USUARIO  | -ESTE REPORTE QUEDA EGISTRADO EN LAS BASES DE DATOS PARA QUE TENGA UN SEGUIMIENTO COTINUO POR LA ENTIDAD QUE RECIBE NUESTRA NOTIFICACION |             |

|   | <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br/>(LAS ESTIPULADAS EN LA<br/>MINUTA)</b>   | <b>ACTIVIDADES<br/>DESARROLLADAS EN EL<br/>PERIODO EN CUMPLIMIENTO<br/>DE CADA OBLIGACIÓN</b>   | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>  |
|---|--|---|--|
| 6 | Integrar su actuación profesional a las dinámicas asistenciales de la Entidad, con el propósito de favorecer el manejo integral del usuario, conforme a la normatividad legal vigente, sin que ello implique subordinación laboral ni dependencia jerárquica.  | -NUESTROS 3 PUNTOS DE ATENCION: CAPS BETANIA, CAPS CANDELARIA Y CAPS EL CARMEN CONTAMOS CON AJUSTES RAZONABLES ACORDE A LA CATEGORIA DE DISCAPACIDAD, ASI COMO TAMBIEN FILA PREFERENCIAL PARA FACTURAR EN CADA UNO DE LOS PUNTOS. | -SE BRINDA ATENCION HUMANIZADA, CON EFICIENCIA Y CALIDEZ, EL USUARIO ES UBICADO CERCANO AL CONSULTORIO   |
| 7 | Realizar valoraciones clínicas, emitir diagnósticos y definir planes de tratamiento médico, acordes con la condición clínica del usuario, efectuando el seguimiento correspondiente cuando aplique, hasta su egreso y/o control ambulatorio, dentro del marco de su autonomía técnica y profesional. | -NUESTRO COMPROMISO TAMBIEN ES FOMENTAR EL AUTOCUIDADO Y ENFOCARONS EN DAR ERCOMENDACIONES, DERIVAR A OTROS SERVICIOS DE SALUD  | -SE ENTREGA IMPESO CERTIFICADO DE DICAPACIDAD SE LE INSISTE EN LA IMPORTANCIA DE RENOVARLO DE ACUERDO A CADA CASO Y LAMINARLO, TAMBIEN SE LE MOTIVA A SOLICITAR LAS AYIDAS QUE BRINDA EL GOBIERNO. |
| 8 | Brindar información clara y oportuna a los familiares, acudientes o responsables del usuario, relacionada con la evolución, riesgos y posibles complicaciones del proceso de atención médica, en concordancia con las disposiciones legales, éticas y de confidencialidad aplicables.                | -AL FINALIZAR LA VALORACION SE LE INDICAN MANEJOS REHABILITADORES, SE DAN INSTRUCCIONES A FAMILIAR PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL USUARIO CON DISCAPACIDAD   | -SE DERIVA AL USUARIO A LOS DIFERENTES SERVICIOS   |
| 9 | Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, relacionadas con la atención médica, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la Entidad  | -   | -  |

| 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 | \$ 6541992       |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA                                     |   |                             |  |                  |
| 2026   | FEBRERO               | 2026          | 03             | 10                                      | 1080388660  | -                           |  |                  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |                |   | SEIS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS |                             |  |                  |
| Item   |                       |               |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización  | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado                                   |                  |
| Pensionado   |                       |               |                | NO                                      | COLFONDOS   | \$ 2616797                  | \$ 418688  | \$ 418700        |
| Salud  |                       |               |                |   | SALUD TOTAL   |                             | \$ 327100  | \$ 327100        |
| ARL  |                       |               |                | 3                                       | SURA  |                             | \$ 63745   | \$ 63800         |
| Caja de Compensación   |                       |               |                | NO                                      |   | <b>Total</b>                | <b>\$ 759448</b>                                 | <b>\$ 809600</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |                |   |   |                             |  |                  |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS                                 |   | Número de Cuenta            | 004870433358                                     |                  |
| HISTÓRICO  |                       |               |                |   |   |                             |  |                  |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |                |   | USUARIO   |                             | FECHA  |                  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                |   | NOHORA MILENA JEREZ GIRON   |                             | 2026-03-18 09:30:25                              |                  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |                |   | SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ  |                             | 2026-03-25 12:04:35                              |                  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |                |   | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO   |                             | 2026-03-26 10:23:37                              |                  |
| 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 17:50:25                              |                  |

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**

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

- 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   |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ccobro enero 2026.pdf                | ccobro enero 2026.pdf                | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> contrato 1937 febrero 2026 Jerez.pdf | contrato 1937 febrero 2026 Jerez.pdf | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

### Datos guardados

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



### Información de la Planilla Pagada

|  |  |
|--|--|
| Nit de comercio Operador de Información  | 900097333-9                                  |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A.                                  |
| Descripción                              | Pago de SuAporte                             |
| Fecha                                    | 2026-03-10, 09:07:52 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos      | febrero de 2026                              |
| Periodo de Cotización Para Salud         | febrero de 2026                              |
| Empresa                                  | NOHORA MILENA JEREZ GIRON                    |
| CEDULA CIUDADANIA                        | CC 52902847                                  |
| Código Sucursal (Nombre)                 | ( )  |
| Referencia de Pago/ Número Planilla      | 1080388660                                   |
| Tipo de Planilla                         | I  |
| Número Transacción Bancaria/ CUS         | 130634481                                    |
| Banco                                    | (1051) - BANCO DAVIVIENDA                    |
| Valor                                    | \$ 825.400                                   |
| Estado de la Transacción                 | Aprobada                                     |
| Dirección IP de Origen                   | 172.29.10.57                                 |

| Nit                   | Código | Administradora                          | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|---|------------------|----------------|----------------------|
| N800227940            | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 1                | \$ 418.700     | \$ 0                 |
| N800130907            | EPS002 | SALUD TOTAL EPS                         | 1                | \$ 327.100     | \$ 0                 |
| N890903790            | 14-11  | ARL SURA                                | 1                | \$ 63.800      | \$ 0                 |
| N860066942            | CCF24  | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1                | \$ 15.800      | \$ 0                 |
| <b>SubTotales:</b>    |        |   |                  | \$ 825.400     | \$ 0                 |
| <b>Total a Pagar:</b> |        |   |                  |                | \$ 825.400           |

