| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-04-01 | **Hasta:** | 2026-04-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | LEIDY DIANA CALDERON REINA | | **Número de Documento:** | 52749808 | |
| **Correo Electrónico:** | leidydianac@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3217612740 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JULIO ANDRÉS SÁNCHEZ SÁNCHEZ | **Cargo:** | JEFE DE OFICINA | **Código - Grado:** | 006-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3816-2026 | **Año Contrato:** | 2026 | **CDP Contrato Inicial:** | 134 |
| **Perfil:** | TECNICO ADMINISTRATIVO I | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | ADMINISTRATIVA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| R35SA | OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC | ADMINISTRATIVA | $2658651 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2658651** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UNPESOS** | | |

## 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 | $ 2570029 |
| 2 | MARZO | $ 2658651 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 13470498** | **$ 13470498** | **$ 5228680** | **$ 8241818** |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Verificar la información suministrada por las áreas en los procesos de transferencias documentales, asegurando su integridad, completitud y correcta clasificación. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. |
| 2 | Apoyar técnicamente los procesos técnicos archivísticos de ordenación, depuración y clasificación documental de los archivos de gestión. | -Se apoya tecnicamente en los procesos archivísticos se ordena y se clasifica en una base de datos , cuando ya se encuentra clasificado por historias y consentimientos se asigna a las unidades de conservación se asigna número de caja y se entrega para ser archivado en el orden de caja en el estante del hospital meissen 1110 a 1129 un total 19 cajas de conservacion con un total de 5000 historias clinicas. | -Se adjunta base de datos y evidencia de fotos de las cajas organizadas. https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnjk2nJJj1ONuCw9BjgbLAw?e=hSsbmo |
| 3 | Apoyar técnicamente la ordenación y clasificación de los soportes de historia clínica y los registros producidos por planes de contingencia. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. |
| 4 | Brindar apoyo en las actividades de traslado, alistamiento, organización y rearchivo de las unidades documentales objeto de inventario, garantizando su adecuada manipulación, conservación y custodia, conforme a los procedimientos institucionales. | -Se realiza formato único de Inventario documental (FUID) registrando Historias Clínicas de Hospital Meissen 1150 registros. | -Se envía base de datos. https://subredsurgovco-my.sharepoint.com/:f:/g/personal/jefe_sistemastics_subredsur_gov_co/EtBEcU1aC-BKnEt9AtXWuJMBnjk2nJJj1ONuCw9BjgbLAw?e=hSsbmo. |
| 5 | Apoyar los procesos de depuración, recolección, organización y validación de la información que soporta los instrumentos archivísticos adoptados por la Subred Sur. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. |


***© Siasur - 2026***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 6 | Atender al cliente interno y externo de la Subred Sur en los temas relacionados con el proceso de gestión documental, brindando orientación y apoyo operativo y administrativo. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. |
| 7 | Generar y consolidar informes de las actividades contractuales ejecutadas durante el periodo. | -Se realiza informe de Actividades correspondientes al mes de Abril con las evidencias. | -Aplicativo Siasur |
| 8 | Apoyar técnicamente la elaboración y organización de los soportes requeridos para los informes contractuales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. |
| 9 | Ejecutar las demás obligaciones que se deriven de la ejecución del objeto contractual y que sean asignadas por el supervisor del contrato, de acuerdo con las necesidades del servicio. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. | -No aplica para el periodo a certificar, se realiza el 100% de las actividades en la atención y entrega de historia clínica y revisión de entrega de soportes asistenciales. |


***© 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 | 9501693231 | - | | $ 2658651 |
| 2026 | MARZO | 2026 | 04 | 01 | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UNPESOS** | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1750905 | $ 280145 | **$ 280200** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 218863 | **$ 218900** |
| ARL | 1 | SURA | | $ 9140 | **$ 9200** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 508148** | **$ 508300** |

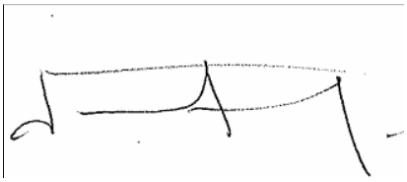
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4800395917 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LEIDY DIANA CALDERON REINA | 2026-04-20 11:43:06 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JULIO ANDRES SANCHEZ SANCHEZ | 2026-04-23 17:17:06 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-04-24 13:44:21 |

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.



**JULIO ANDRÉS SÁNCHEZ SÁNCHEZ**
**JEFE DE OFICINA**

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 52749808 | | CALDERON REINA LEIDY DIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Trav 14 Q 67 G 54Sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6610557 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 186554908 | 9501693231 | I | 2026/04/07 | 2026/04/01 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $543,400 |

**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)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52749808 CALDERON LEIDY | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS017 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | CCF24 | 30 | $1,750,905 | $35,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $9,200 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $1,750,905 | $35,100 | | | $1,750,905 | $9,200 | | $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 52749808 | | CALDERON REINA LEIDY DIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Trav 14 Q 67 G 54Sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 6610557 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-03 | 2026-03 | 186554908 | 9501693231 | I | 2026/04/07 | 2026/04/01 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $543,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $0 | $0 | $280,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,200 | $0 | $0 | $9,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $9,200 | $0 | $0 | $9,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $35,100 | $0 | $0 | $35,100 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $35,100 | $0 | $0 | $35,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $218,900 | $0 | $0 | $218,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $543,400 | $0 | $0 | $543,400 |

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

## 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?** ○ Si ◉ 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO No 3816 -2026 FEBRERO 2026.pdf | CTO No 3816 -2026 FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO No 3816 -2026 MARZO 2026.pdf | CTO No 3816 -2026 MARZO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >