

**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>	2026-04-01	<b>Hasta:</b>	2026-04-30
<b>Nombre Contratista:</b>	del SANDRA PATRICIA TELLEZ FANDIÑO	<b>Número de Documento:</b>	39548190	
<b>Correo Electrónico:</b>	sandratellez@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3103045181
<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>	1947-2026	<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 MANUELA BELTRÁN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A37VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	42	0	35172	\$1477224	45.2%
A10VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	51	0	35172	\$1793772	54.8%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 3270996	<b>TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA 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	\$ 3270996	
2	MARZO	\$ 3270996	
3	ABRIL	\$ 3270996	

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

Carrera 20 No. 47 b - 25 Sur Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

§ 16354980		§ 16354980	§ 9812988	§ 6541992
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO 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 REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE MEDICO SEGÚN LA NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E. DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL (SGSS), SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA Y CALIDAD (SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES "	-REALIZACION DE FORMATOS,DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
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 REALIZA PARTICIPACION DE TODAS LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS Y NO PROGRAMADAS PARA EL PARA EL CUMPLIMIENTO DE UNA ATENCION CON CALIDAD	-REALIZACION DE FORMATOS,HOJAS DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
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.	-SE DELIGENCIA LA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	-HISTORIAS CLINICAS	
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.	-CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA E.S.E.	-REGISTROS INSTITUCIONALES	
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.	-APOYAR ALA SUBRED DE SERVICIOS INTREGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E EN TODAS LAS ACTIVIDADES A REALIZAR ADMINITRATIVAS Y ASISTENCIALES SEGUN SU NECESIDAD	-REGISTROS INSTITUCIONALES	
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.	-REALIZACION DE CONSULTA PROGRAMADA TENIENDO ENCUENTA LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIRNTOS INSTITUCIONALES	-HISTORIAS CLINICAS	

<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>
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.	-REALIZACION DE CONSULTA PROGRAMADA TENIENDO ENCUESTA LAS GUIAS DE ATENCION, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES	-HISTORIAS CLINICAS Y REGISTROS INSTITUCIONALES
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.	-INFORMAR A FAMILIAR, ACUDIENTE, REPRESENTANTEO ENTIDAD CUSTODIADA DEL PACIENTE LA EVOLUCION, RIESGO COMPLICACION DEL CUADRO CLINICO OBJETO DE TRATAMIENTO	-HISTORIAS CLINICAS Y REGISTRO INSTITUCIONALES
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	SE REALIZAN ACTIVIDADES ESTABLECIDAS PARA EL PERFIL DE MEDICO -	-REGISTROS INSTITUCIONALES

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 3270996	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	13	71987602	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						ALIANSALUD		\$ 218863	\$ 218900
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación					NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 541800</b>
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	004870232339		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SANDRA PATRICIA TELLEZ		2026-04-20 07:44:08		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					SANDRA PATRICIA TELLEZ		2026-04-20 09:09:31		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-04-21 22:58:04		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-04-22 11:17:27		
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		2026-05-11 15:42:59		

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](http://www.subredsur.gov.co)  
 Teléfono 7300000 Ext 26017  
 © Siasur - 2026

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	39548190	SANDRA PATRICIA TELLEZ FANDIÑO	clle 160 n 15 67	6723540	sandratellez69@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71987602	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$541.800	

## 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					
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.	830113831-0	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	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	218.900
PenSIÓN	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>541.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39548190	SANDRA PATRICIA TELLEZ FANDIÑO		clle 160 n 15 67	6723540	sandratellez69@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
		71987602	13/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	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	Sueldo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VP	SN	ISE	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 39548190	TELLEZ FANDIÑO SANDRA PATRICIA			59	0			N															25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS001	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

## 1 Información general

**Datos guardados**

## 2 Condiciones

## 3 Bienes y servicios

**VER CONTRATO**

## 4 Documentos del Proveedor

**Ejecución del Contrato**

## 5 Documentos del contrato

 Porcentaje  Recepción de artículos

## 6 Información presupuestal

**Plan de Pagos**7 **Ejecución del Contrato**
 ¿Se requieren emisiones de  
códigos de autorización?  Sí  No

## 8 Modificaciones del Contrato

## 9 Incumplimientos

**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*

**Documentos de ejecución del contrato****Descripción****Nombre del archivo****Cargado por**

<input type="checkbox"/>	CTO 1947-2026 Febrero Manuela Beltran.pdf (Archivado)	CTO 1947-2026 Febrero Manuela Beltran.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	18. Formato de Hoja de Vida Sideap Postulada a La Entidad (1).pdf	18. Formato de Hoja de Vida Sideap Postulada a La Entidad (1).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	3._Diploma_y_acta_de_grado[1].PDF	3._Diploma_y_acta_de_grado[1].PDF	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO1947-2026-Febrero-ManuelaBeltran.pdf	CTO1947-2026-Febrero-ManuelaBeltran.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 1947-2069 Marzo 2026.pdf	CTO 1947-2069 Marzo 2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>