

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

| | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2026-04-01 | Hasta: | 2026-04-30 |
| Nombre del Contratista: | LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS | | Número de Documento: | 1024528075 |
| Correo Electrónico: | lenir.sanchez@gmail.com | | Número Telefónico: | 3102878416 |
| Nombre del Supervisor: | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | Cargo: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: - |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 2384-2026 | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 296 |
| Perfil: | MÉDICO GENERAL | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS VISTA HERMOSA | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| B01VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 54 | 6 | 40000 | \$2400000 | 25% |
| B02VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 54 | 6 | 40000 | \$2400000 | 25% |
| B03VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 54 | 6 | 40000 | \$2400000 | 25% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 7200000 | SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|--|----------------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2026-02-01 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | FEBRERO | \$ 7680000 | |
| 2 | MARZO | \$ 8880000 | |
| 3 | ABRIL | \$ 7200000 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 48000000 | \$ 48000000 | \$ 23760000 | \$ 24240000 |

| 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 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 a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E. | -UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION | -FORMULAS MEDICAS PAUTADAS |
| 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. | -REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA | -EVALUACIONES ASIGNADAS |
| 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. | -BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE | -FORMULAS MEDICAS PAUTADAS |
| 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. | -REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO | -PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|---|---|-----------------------------|
| 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. | -CUMPLIMIENTO DE METAS Y COMPROMIO ASIGNADOS | -ESTADISTICAS DE DINAMICA |
| 6 | 6. Coordinar actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente. | -PRESENTACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES | -FORMATOS ASIGNADOS |
| 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 E.S.E., incluyendo su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico. | -APLICAR PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO | -HISTORIAS CLINICAS |
| 8 | 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 E.S.E., incluyendo su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico. | -APLICANDO PROTOCOLOS | -LLENAR FORMATOS |
| 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 E.S.E., manteniendo en todo momento su autonomía técnica y científica. | -PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES | -PLANILLA DE PAGO |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------|----------------|---|---|-----------------------------|--|-------------------|
| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior | \$ 8880000 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2026 | MARZO | 2026 | 04 | 13 | 75043746 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | OCHO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS | | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 3552000 | \$ 568320 | \$ 568400 |
| Salud | | | | | COMPENSAR EPS | | \$ 444000 | \$ 444000 |
| ARL | | | | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | \$ 86527 | \$ 86600 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 1030861 | \$ 1099000 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 550488415292546 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS | | 2026-04-19 23:28:45 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | | 2026-04-21 16:22:48 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | | 2026-04-29 05:16:06 | | |
| 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 16:56:21 | | |

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS