

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@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
		79513926	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

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
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022442918	MARIA PAULA RINCON PINILLA		CL 6B #79C - 81 APTO 319 ENTRADA 10	3012860429	paularinconpini@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
		79513926	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	UPV	SEN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 1022442918	RINCON PINILLA MARIA PAULA		57	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	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

PAGADA

**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:	MARIA PAULA RINCON PINILLA		Número de Documento:	1022442918
Correo Electrónico:	paularinconpini@hotmail.com		Número Telefónico:	3012860429
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3163-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	TERAPEUTA DE LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS LA ESTRELLA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A51JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	186	0	20664	\$3843504	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3843504	TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUATROPESOS					

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	\$ 3843504	
2	MARZO	\$ 3843504	
3	ABRIL	\$ 3843504	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 19217520	\$ 19217520	\$ 11530512	\$ 7687008

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar actividades asistenciales propias del perfil profesional de apoyo terapéutico como fonoaudiólogo, conforme a la lex artis y al alcance del objeto contractual, orientadas a apoyar la prestación de los servicios de salud en las áreas definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en concordancia con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normativa 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 fonoaudiología.	Historia clínica -Planes de trabajo en casa.
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario, de acuerdo con los lineamientos técnicos e institucionales definidos para cada servicio.	Se realizan actividades informativas de manera oral (taller) y escrita (organigrama mensual) encaminadas a favorecer adecuados hábitos de higiene personal y autocuidado de forma individual, familiar y grupal.	Historia clínica -Organigrama
3	Registrar de manera veraz, clara, legible, secuencial y oportuna la información derivada de la atención terapéutica en la historia clínica, garantizando integralidad y racionalidad científica, conforme a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes, en especial lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	Diligenciamiento oportuno de las historias clínicas en sistema dinámico gerencial.	Historia clínica dinámica gerencial.
4	Contribuir a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del área de apoyo terapéutico, de acuerdo con los lineamientos institucionales, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, 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, seguimiento y canalización de los usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de la información requerida para la trazabilidad y seguimiento de indicadores relacionados con el estado de salud de la población atendida.	Se enruta 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 las actividades terapéuticas con los equipos misionales, contribuyendo al manejo integral y continuo del paciente, conforme a la normatividad legal vigente y a los modelos de atención implementados por la Subred.	Se realiza remisión a los usuarios que requieran seguimiento o valoración por alguna especialidad para un manejo integral.	Historia Clínica -Remisiones

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Realizar la valoración clínica, formulación diagnóstica y definición del plan de intervención terapéutica, de acuerdo con el cuadro clínico del usuario, dentro del ámbito de su competencia profesional, hasta su egreso o seguimiento ambulatorio, según corresponda al servicio prestado.	Realizar valoración, diagnóstico, tratamiento y plan de manejo educativo y de seguimiento en casa, para cada uno de los pacientes que requieran tratamiento por fonoaudiología.	Historia clínica -Planos de seguimiento en casa.
8	Brindar información oportuna y clara al usuario y/o a su familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, respecto de la evolución clínica, riesgos y posibles complicaciones asociadas al proceso terapéutico, conforme a los principios de información, oportunidad y humanización en la atención en salud.	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, directamente relacionadas con el objeto contractual, que contribuyan al fortalecimiento de la prestación de los servicios asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	Actividad no realizada este mes.	No aplica actividad no realizada este mes.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 3843504	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	06	70564625	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 218900
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	91216137669			
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARÍA PAULA RINCÓN PINILLA		2026-04-20 12:12:54		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-04-22 16:34:50		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-04-27 15:58:04		
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 16:47:01		

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