

**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>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31	
<b>Nombre del Contratista:</b>	SANDRA MERCED FERNANDEZ LEAL		<b>Número de Documento:</b>	27882362	
<b>Correo Electrónico:</b>	sanferle@yahoo.es		<b>Número Telefónico:</b>	3213157327	
<b>Nombre del Supervisor:</b>	JOSEF KLING GOMEZ	<b>Cargo:</b>	MEDICO ESPECIALISTA	<b>Código - Grado:</b>	213-32

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2963-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	294
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGÍA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
C11ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	100	100	119000	\$23800000	83.3%
C10ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	100	0	119000	\$11900000	41.7%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 35700000</b>	<b>TREINTA Y CINCO MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-01	<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	\$ 31416000	
2	MARZO	\$ 34272000	
3	ABRIL	\$ 32844000	

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

\$ 142800000		\$ 142800000	\$ 98532000	\$ 44268000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Desarrollar servicios profesionales especializados en Anestesiología, aplicando su criterio técnico-científico y experiencia profesional 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.	Procedimientos médicos de acuerdo a la especialidad dentro de los servicios quirúrgicos, hospitalarios, de urgencias, observación, interconsultas y/o ambulatorios.	Historia clínica Sistematizada	
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, en el marco de las intervenciones propias del ejercicio anestesiológico.	Dar información clara y precisa a pacientes y familiares ante el procedimiento a realizar de los riesgos y beneficios del paciente.	Guías, protocolos y reporte-	
3	Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información correspondiente al 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, adicione o sustituyan.	Diligenciar efectivamente toda la información del paciente y procedimientos realizados durante el servicio. Guías y protocolos -	Historia clínica Sistematizada	
4	Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con la práctica anestesiológica, 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.	Prestar servicios como médico en cirugía realizando actualizaciones de guías y protocolos.	Guías y protocolos	
5	Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo perioperatorio, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	Orientar, comunicar y registrar a nuestros pacientes que deben seguir sobre las rutas de atención en salud Guías ,	Protocolos y reportes	
6	Articular 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.	Procedimientos médicos de acuerdo a la especialidad y programación de actividades del servicio.	Informes y reporte	
7	Realizar la valoración preanestésica, el manejo anestésico y el seguimiento postanestésico, de acuerdo con el estado clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso o remisión, conforme a su criterio médico especializado.	Valorar, evolucionar y prescribir a los pacientes a cargo	Historia clínica Sistematizada	

<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>
8	Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al procedimiento anestésico.	Comunicación asertiva con familiares y pacientes .	Historia Clínica Sistematizada
9	Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente y los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	Cumplir las actividades que se han asignadas durante el servicio.	Informes y reporte
10	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.	Presentación de informes y reportes de acuerdo a las actividades desarrolladas	Informes y reportes

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	\$ 32844000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9504921473	FE142		
2026	ABRIL	2026	05	20			TREINTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				TREINTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS				
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 13137600	\$ 2102016	\$ 2102100
Salud					EPS SURA		\$ 1642200	\$ 1642300
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 320032	\$ 320100
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 3812794</b>	<b>\$ 4064500</b>

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0570393670022374

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA FERNANDEZ LEAL MERCED	2026-05-22 12:36:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JOSEPH KLING GOMEZ	2026-05-22 12:53:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-05-25 15:21:29

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.



**JOSEF KLING GOMEZ  
MEDICO ESPECIALISTA**

Se certifica que FERNANDEZ LEAL SANDRA MERCED identificado(a) con CC 27882362 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para SANDRA MERCED FERNANDEZ LEAL identificado(a) con CC 27882362

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades														IBC	Tarifa	Cotización				
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp				vct	irl	vip	
9504921473	321570576	I	2026-05-20	EPS	EPS010	EPS SURA (ANTES SUSALUD)	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30										X									\$13,138,000	12.5%	\$1,642,300
9504921473	321570576	I	2026-05-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30										X									\$13,138,000	16%	\$2,102,100
9504921473	321570576	I	2026-05-20	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2026-04	30										X									\$13,138,000		\$65,700
9504921473	321570576	I	2026-05-20	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2026-04	30										X									\$13,138,000		\$65,700
9504921473	321570576	I	2026-05-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2026-04	30										X									\$0	0%	\$0
9504921473	321570576	I	2026-05-20	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2026-04	30										X									\$0	0%	\$0
9504921473	321570576	I	2026-05-20	ARL	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2026-04	30										X									\$13,138,000	2.436%	\$320,100

Este certificado se expide el día 2026-05-22 a las 09:47.

sandra merced fernandez leal

NIT: 27882362 - 3

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: Km 2.5 via siberia-tenjo parcelación puente de piedra, TENJO, Cundinamarca, Colombia

Tel. 3213157327

Email. sanferle@yahoo.es

Autorización factura electrónica de venta No: 18764104891801 válida desde 2026-01-22 hasta 2026-07-22 rango desde FE138 hasta FE200

**Nombre/Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

**NIT:** 900958564

**Dirección:** Carrera 24C # 54-47sur, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

**Teléfono:** 6017300000

**Email:** cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

**Forma de pago:** Contado

**Medio de pago:** Transferencia Débito Bancaria

**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRONICA DE VENTA:** FE142

**MONEDA:** COP Peso colombiano

**HORA EMISIÓN:** 17:26:03

**FECHA FIRMADO:** 20/05/2026 17:26:04

**FECHA DE EMISIÓN**

**FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
20	05	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	001	HONORARIOS POR SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS COMO MÉDICO ANESTESIOLOGO EN LA USS MEISSEN	EA	300,00	\$119.000,00				\$0,00	\$35.700.000,00

**Notas:**

**SON:** (treinta y cinco millones setecientos mil pesos cero centavos)

**CUFE:** 5643ed623e2e4c8c3de235b33dee6eb229382481f7df80cc799819c626e132b292928c84ab2fa6572e5eb4b22b935264

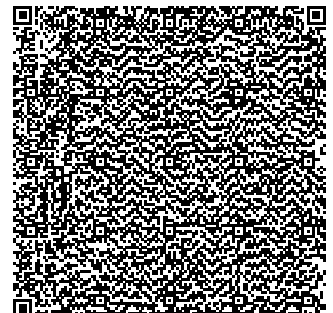
<b>Subtotal:</b>	\$35.700.000,00
<b>Cargos:</b>	\$0,00
<b>Descuentos:</b>	\$0,00
<b>Total:</b>	\$35.700.000,00

**Firma Digital:** ZI81n/77frOAchzCNBjHYHjwEtwQCod1znHgLzK8unKVyDKdgXsNZE79i7qZZGwB V2PK7RrgndaiU3HDtqZ1yRnO2cHbujlF/jiE8Oq8OfuDX61tFezZJPKNewUg3hO/ QenmjJqPCUBvRww7XJve8WtgiY6bCdY4qEuKucwx0tkJx9uXzJFrd8NACFMK4Bx ulKGC5wR9RB1Merbo4KMbAZPZLdtble/8IT3Abiy8u8Feo0oCROLk7CLoipRiSHe 0DoDK1VBkv2R8rZXjTdmLcGA28nieWYiwJnHd1Wsj3Sdhtcl5FasDZOUIepf+AWC r0RJToXHl8q9M4rU9x/Tg==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Este comprobante corresponde al periodo de: 01/05/2026 hasta: 31/05/2026.**

**Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..**



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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](#)

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"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 CONTRATO 2963-2026.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026 CONTRATO 2963-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO 2026 CONTRATO 2963-2026.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2026 CONTRATO 2963-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 18.FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP POSTULADA A LA ENTIDAD.pdf	18.FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP POSTULADA A LA ENTIDAD.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 3.DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO LEGIBLES.pdf	3.DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO LEGIBLES.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL 2026-CONTRATO 2963-2026.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2026-CONTRATO 2963-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

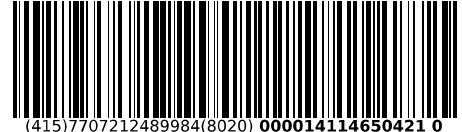
< Evaluación de la Entidad Estatal >



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

141146504210



(415)7707212489984(8020) 000014114650421 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 2 7 8 8 2 3 6 2 3	6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico 3 2
---	------------	--	------------------------------

**Características y formas de las organizaciones**

62. Naturaleza <input type="checkbox"/>	63. Formas asociativas <input type="checkbox"/>	64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados <input type="checkbox"/>
65. Fondos <input type="checkbox"/>	66. Cooperativas <input type="checkbox"/>	67. Sociedades y organismos extranjeros <input type="checkbox"/>
68. Sin personería jurídica <input type="checkbox"/>	69. Otras organizaciones no clasificadas <input type="checkbox"/>	70. Beneficio <input type="checkbox"/>

**Constitución, Registro y Última Reforma**

**Composición del Capital**

Documento	1. Constitución	2. Reforma	
71. Clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82. Nacional <input type="text"/> %
72. Número	<input type="text"/>	<input type="text"/>	83. Nacional público <input type="text"/> %
73. Fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	84. Nacional privado <input type="text"/> %
74. Número de notaría	<input type="text"/>	<input type="text"/>	85. Extranjero <input type="text"/> %
75. Entidad de registro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	86. Extranjero público <input type="text"/> %
76. Fecha de registro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	87. Extranjero privado <input type="text"/> %
77. No. Matrícula mercantil	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
78. Departamento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
79. Ciudad/Municipio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Vigencia			
80. Desde	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
81. Hasta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	1 2 5	2 0 2 4 0 1 0 1		-
2		<input type="text"/>		-
3		<input type="text"/>		-
4		<input type="text"/>		-
5		<input type="text"/>		-

**Vinculación económica**

93. Vinculación económica <input type="checkbox"/>	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante			
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP			

k306tI2ibz



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

**SANDRA MERCED FERNANDEZ LEAL**

**27882362**

---

**Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:**

**ADMINISTRACION DEL RIESGO**

**con una intensidad horaria de 08 horas.**

**Para constancia se expide:**

**22 de mayo de 2026**