

**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: | DIANA CAROLINA ARIAS AGATON | | Número de Documento: | 1024471359 |
| Correo Electrónico: | TATO_DIANACAR@MSN.COM | | Número Telefónico: | 3134104936 |
| Nombre del Supervisor: | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | Cargo: | DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE | Código Grado: - 009 - 05 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|---|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 3594-2026 | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 303 |
| Perfil: | TERAPEUTA DE LENGUAJE Y/O FONOAUDIOLOGO | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS CANDELARIA LA NUEVA | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| M06LEUH | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS BETANIA | 190 | 8 | 20664 | \$4091472 | 103.1% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4091472 | CUATRO MILLONES NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS | | | | | |

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 | \$ 3905496 | |
| 2 | MARZO | \$ 4091472 | |
| 3 | ABRIL | \$ 4091472 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 19837440 | \$ 19837440 | \$ 12088440 | \$ 7749000 |

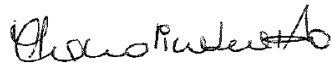
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|--|--|---|---|
| 1 | 1.Brindar atención terapéutica especializada en calidad de apoyo asistencial, conforme a su perfil profesional de Fonoaudiólogo, aplicando la Lex Artis y los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC y la normatividad vigente, de acuerdo con los requerimientos asistenciales definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral ni asignación de funciones permanentes de planta. | - Atención de usuarios programados para Valoración y tratamiento según agenda | - RIPS HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL |
| 2 | 2. Desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante acciones de información, educación y comunicación dirigidas a usuarios, familias o comunidades, orientadas al autocuidado y al fortalecimiento de hábitos saludables, como parte del apoyo asistencial contratado. | - Elaboración y entrega de planes caseros según necesidad y pertinencia | - Elaboración y entrega de planes caseros según necesidad y pertinencia |
| 3 | 3. Registrar la información derivada de la atención terapéutica en la historia clínica institucional, de manera veraz, secuencial, clara y completa, conforme a los lineamientos establecidos en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y demás normas que las modifiquen o sustituyan, como obligación derivada del ejercicio profesional y soporte de los servicios efectivamente prestados. | - Atención de usuarios programados para Valoración y tratamiento según agenda | - RIPS HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL |
| 4 | 4. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con el apoyo terapéutico, así como el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad, sin asumir funciones de aprobación o dirección institucional. | - ELABORACION DE DOCUMENTOS(PROTOCOLOS)DE ATENCION EN FISITRIA SEGÚN NECESIDAD DEL SERVICIO | - DOCUMENTOS REVISADOS Y/O ELEBORADOS |
| 5 | 5. Brindar apoyo asistencial en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como en la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores de salud, como insumo técnico para la gestión institucional. | - IDENTIFICACION DE USUARIOS VALORACION INICIAL DE TERAPIA | - REGISTRO DE INFORMACION EN HISTORIA CLINICA SEGÚN CORREPONDA |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
|--|--|---|--|
| 6 | 6. Articular su actuación profesional con los equipos misionales de la Entidad, a fin de contribuir al manejo integral y al cuidado del paciente, conforme a la normatividad legal vigente y a los protocolos institucionales, sin que ello implique dependencia jerárquica ni integración a la estructura organizacional. | - SUGERIR REMISION DE USUARIOS A OTRAS ESPECIALIDADES SEGÚN APLIQUE | - REGISTRO EN HISTORIA CLINICA SI APLICA |
| 7 | 7. Realizar la valoración funcional del usuario, emitir concepto terapéutico y definir el plan de intervención terapéutica correspondiente, de acuerdo con el cuadro clínico y la orden médica respectiva, así como efectuar el seguimiento asistencial que se derive del servicio prestado, hasta el egreso o continuidad ambulatoria, según aplique. | - ATENCION DE USUARIOS EN VALORACION INICIAL | - REGISTRO EN HISTORIA CLINICA EN DINAMICA GERENCIAL |
| 8 | 8. Brindar información oportuna al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, respecto de la evolución, riesgos y posibles complicaciones relacionadas con el proceso terapéutico, en el marco de la atención prestada y conforme a los protocolos de la Entidad. | - DAR INFORMACION ACERCA DEL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO CUANDO EL PACIENTE Y/O FAMILIAR O ACUDIENETE ASI LO REQUIERAN | - REGISTRO DE LA INFORMACION BRINDADA EN HISTORIA CLINICA Y EN FORMATO DE ENTREGA DE INFORMACION |
| 9 | 9. Desarrollar otras actividades de apoyo asistencial propias de su perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto contractual y orientadas al fortalecimiento de las actividades misionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., sin que ello implique subordinación, continuidad funcional ni relación laboral. | - | - |

| 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 | \$ 4091472 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2026 | ABRIL | 2026 | 04 | 14 | 1081263019 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS | | | |
| Ítem | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PROTECCIÓN | \$ 1750905 | \$ 280145 | \$ 280200 |
| Salud | | | | | SALUD TOTAL EPS S.A. | | \$ 218863 | \$ 218900 |
| ARL | | | | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | \$ 42652 | \$ 42700 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 508148 | \$ 541800 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 4870456821 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | DIANA CAROLINA ARIAS AGATON | | 2026-04-17 16:22:53 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | | 2026-04-20 11:36:18 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2026-04-21 13:48:08 | | |
| 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 16:55:32 | | |

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.



MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS



Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|-----------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2026-04-14, 09:28:50 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | abril de 2026 |
| Periodo de Cotización Para Salud | abril de 2026 |
| Empresa | DIANA CAROLINA ARIAS AGATON |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 1024471359 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1081263019 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 221612099 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 576.900 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|---|------------------|----------------|----------------------|
| N800227940 | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 1 | \$ 280.200 | \$ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1 | \$ 218.900 | \$ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | \$ 42.700 | \$ 0 |
| N860007336 | CCF22 | COLSUBSIDIO | 1 | \$ 35.100 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 576.900 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 576.900 |





Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|-----------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2026-04-14, 09:28:50 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | abril de 2026 |
| Periodo de Cotización Para Salud | abril de 2026 |
| Empresa | DIANA CAROLINA ARIAS AGATON |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 1024471359 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1081263019 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 221612099 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 576.900 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|---|------------------|----------------|----------------------|
| N800227940 | 231001 | FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS | 1 | \$ 280.200 | \$ 0 |
| N800130907 | EPS002 | SALUD TOTAL EPS | 1 | \$ 218.900 | \$ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | \$ 42.700 | \$ 0 |
| N860007336 | CCF22 | COLSUBSIDIO | 1 | \$ 35.100 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 576.900 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 576.900 |





- 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

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 | | | | | |

Documentos de ejecución del contrato

| Descripción | Nombre del archivo | Cargado por |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> TITULO DIPLOMA.pdf | TITULO DIPLOMA.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf | HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-3594-2025-FEBRERO-USS BETANIA.pdf (Archivado) | CTO-3594-2025-FEBRERO-USS BETANIA.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-3594-2026-FEBRERO-USS BETANIA.pdf | CTO-3594-2026-FEBRERO-USS BETANIA.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO_DE_APROBACION ADMINISTRACION DEL RIESGO.pdf | CERTIFICADO_DE_APROBACION ADMINISTRACION DEL RIESGO.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> Diagnostico_y_manejo_clinico_del_dengue-diana carolina.pdf | Diagnostico_y_manejo_clinico_del_dengue-diana carolina.pdf | Proveedor Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CTO-3594-2026-MARZO-USS BETANIA.pdf | CTO-3594-2026-MARZO-USS BETANIA.pdf | Proveedor Descargar Detalle |



SUBRED INTEC SERVICIOS DE SALUD

ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL

Nombre y apellidos del colaborador

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

¿Con cuál identidad de género se identifica actualmente?

Pregunta requerida

Tiene alguna discapacidad

SI



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

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

El presente cuestionario busca analizar las condiciones de salud del trabajador y su relación con

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

Se registró la información con éxito

Aceptar

Agradecemos su colaboración y compromiso.

Por favor responda la siguiente encuesta, marcando las opciones que corresponda de acuerdo con su perfil.

1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Apellidos y nombres completos

Pregunta requerida





analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (2026-04-01 19:53:03), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO
CIVIL DISTRITAL

BOGOTÁ



Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, Bogotá - Colombia

Teléfono: (+57) 601 3686 **SOPORTE TÉCNICO**

E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co