

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31			
Nombre Contratista:	del	YENNY ALEJANDRA CHAVES DUEÑAS	Número de Documento:	52379107			
Correo Electrónico:	Saralu2303@gmail.com		Número Telefónico:	301631708			
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3568-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	303
Perfil:	FISIOTERAPEUTA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
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
M12VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS VISTA HERMOSA	180	0	21866	\$3935880	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3935880	TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS					

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	\$ 3411096	
2	MARZO	\$ 4198272	
3	ABRIL	\$ 3935880	
4	MAYO	\$ 3935880	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 20991360		\$ 20991360	\$ 15481128	\$ 5510232
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Prestar servicios profesionales especializados como Fisioterapeuta, en calidad de apoyo terapéutico, orientados a la atención de usuarios de LA SUBRED SUR E.S.E., conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente que regula la prestación de servicios de salud, atendiendo las necesidades asistenciales previamente definidas por la Entidad.	-EN EL AREA DE URGENCIAS ADULTOS Y PEDIATRICAS, UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS Y PEDIATRICAS, HOSPITALIZACION ,SALA DE CUMPLIR CON LA ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NESECIDADES DE EL SERVICIO	-HISTORIA CLINICA	
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, en coherencia con los lineamientos institucionales y las políticas públicas aplicables.	-CUMPLIR CON LA ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NESECIDADES DE EL SERVICIO	--HISTORIA CLINICA	
3	3. Registrar de manera autónoma y responsable la información derivada de la atención terapéutica en la historia clínica del usuario, garantizando que esta sea veraz, secuencial, coherente, legible, clara y completa, sin tachaduras ni enmendaduras, y utilizando únicamente siglas internacionalmente aceptadas, de conformidad con los criterios de integralidad, racionalidad científica y oportunidad establecidos en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017, y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-REALIZAR EL ADECUADO Y APROPIADO PROCESO DENTRO DE EL SISTEMA DE DINAMICA	--HISTORIA CLINICA	
4	4. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con el apoyo terapéutico respiratorio, observando las disposiciones técnicas y científicas vigentes, así como el diligenciamiento del consentimiento informado cuando a ello haya lugar, y el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-REVISION PERIODICA DE PROTOCOLOS Y GUIAS DE MANEJO	-HISTORIA CLINICA	
5	5. Contribuir al apoyo técnico en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como en la consolidación de información requerida para la trazabilidad y análisis de indicadores en salud, de acuerdo con los lineamientos definidos por la Entidad.	-CUMPLIR CON LA ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NESECIDADES DE EL SERVICIO	-HISTORIA CLINICA	

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	7. Realizar la valoración clínica, diagnóstico funcional y definición del plan de manejo terapéutico respiratorio, de conformidad con el cuadro clínico del paciente que acude a LA SUBRED SUR E.S.E., efectuando el seguimiento correspondiente hasta su egreso o continuidad en atención ambulatoria, según criterio profesional.	--CUMPLIR CON LA ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NESECIDADES DE EL SERVICIO	--HISTORIA CLINICA
7	8. Brindar información clara y oportuna al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del cuidado del paciente, sobre la evolución, riesgos o posibles complicaciones del cuadro clínico objeto de atención, dentro del marco de la ética profesional y la confidencialidad de la información.	--REALIZAR VALORACION DIAGNOSTICO PRONOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO	--HISTORIA CLINICA
8	9. Ejecutar otras actividades propias del perfil profesional de Fisioterapeuta que contribuyan al fortalecimiento de las actividades misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., siempre que se encuentren relacionadas con el objeto contractual y no impliquen funciones propias de un vínculo laboral.	-CUMPLIR CON LA ATENCION OPORTUNA Y DE CALIDAD DE ACUERDO A LAS NESECIDADES DE EL SERVICIO	--HISTORIA CLINICA
9	6. Articular su gestión profesional con los equipos misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., con el fin de favorecer el manejo integral y continuo del paciente, en observancia de la normatividad legal y técnica vigente, sin que dicha articulación implique subordinación o dependencia laboral	-CUMPLIR CON LAS TAREAS ASIGNADS DENTRO DE LAS COMPETENCIAS DE CADA PROFESION	--HISTORIA CLINICA

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	\$ 3935880
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	11	6015557354	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281500
Salud					SALUD TOTAL EPS S.A.		\$ 218863	\$ 219900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42900
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 544300
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870290162	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YENNY ALEJANDRA CHAVES DUEÑAS		2026-05-20 10:24:40	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-05-23 19:56:35	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-25 12:01:28	
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		2026-06-11 18:36:20	

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52379107	NÚMERO PLANILLA:	6015557354	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	YENNY ALEJANDRA CHAVES DUENAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	DG58 28 72 INT 8 APT 402	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	abril AÑO 2026	abril AÑO	2026
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	3912223	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	295838336
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.300	\$ 0	\$ 280.200	\$ 1.300	\$ 0	\$ 281.500
SUBTOTALES:										\$ 280.200	\$ 1.300	\$ 0	\$ 281.500

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 1.000	\$ 0	\$ 218.900	\$ 1.000	\$ 0	\$ 219.900
SUBTOTALES:										\$ 218.900	\$ 1.000	\$ 0	\$ 219.900		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 42.700	\$ 200	\$ 0	\$ 0	\$ 42.900	
SUBTOTALES:										\$ 42.700	\$ 200	\$ 0	\$ 42.900

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF21	CCF21-CAFAM	1	\$ 10.600	\$ 100	\$ 10.700								
SUBTOTALES:			\$ 10.600	\$ 100	\$ 10.700								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE																	
1	CC 52379107	CHAVES DUENAS YENNY ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.750.905				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS008-COMPENSAR	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-11 - ARL SURA	30	1.750.905	\$ 10.600	\$ 100	\$ 10.700	CCF21-CAFAM	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																

TOTAL PAGADO: \$ 555.000



Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Se ha registrado tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Este formulario se creó en Bogotá es TIC.
¿Parece sospechoso este formulario? [Informe](#)

Google Formularios

LISTOS

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD CENSO PARA PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (SUBREDES)

¡Gracias por su tiempo y por ayudarnos a construir una Bogotá con + MAS Bienestar

[Atrás](#) [Enviar](#)

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

Microsoft 365

Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíes se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial. [Crear mi propio formulario](#)

El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporcionas información personal o confidencial. | Privacidad de la salud del consumidor | Términos de uso

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

 1 [Información general](#)

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

 2 [Condiciones](#)

VER CONTRATO

 3 [Bienes y servicios](#)

Ejecución del Contrato

 4 [Documentos del Proveedor](#)
 Porcentaje Recepción de artículos

 5 [Documentos del contrato](#)

Plan de Pagos

 6 [Información presupuestal](#)

 ¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

 7 [Ejecución del Contrato](#)

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

 8 [Modificaciones del Contrato](#)
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

 9 [Incumplimientos](#)

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	YENNY ALEJANDRA CHAVES ENERO 2026 CTO 3568.pdf	YENNY ALEJANDRA CHAVES ENERO 2026 CTO 3568.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	YENNY ALEJANDRA CHAVES FEBRERO 2026 CTO 3568.pdf	YENNY ALEJANDRA CHAVES FEBRERO 2026 CTO 3568.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA SIDEAP - DIPLOMA.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP -DIPLOMA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	curso administracion del riesgo.pdf	curso administracion del riesgo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	YENNY ALEJANDRA CHAVES MARZO 2026 CTO 3568.pdf	YENNY ALEJANDRA CHAVES MARZO 2026 CTO 3568.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	DENGUE.pdf	DENGUE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	PS 3568 2026.pdf	PS 3568 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	YENNY ALEJANDRA CHAVES ABRIL 2026 CTO 3568.pdf	YENNY ALEJANDRA CHAVES ABRIL 2026 CTO 3568.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>