

**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	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL	Número de Documento:	52841612			
Correo Electrónico:	pacaleal@gmail.com		Número Telefónico:	3041323803			
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado:	-	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3602-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	303
Perfil:	TERAPEUTA OCUPACIONAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M06OCME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	12	21866	\$4198272	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4198272	CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS					

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

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

§ 20991360		§ 20991360	§ 16793088	§ 4198272
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 Terapeuta Ocupacional, 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.	Aplicar guías de manejo, manuales de procedimientos de la subred Sur	Historia Clínica magnética	
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.	Aplicar guías de manejo, manuales de procedimiento de la Subred sur.	Historia Clínica magnética	
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..	Adherencia y aplicación de procedimientos específicos del perfil profesional.	Actas de capacitación-Control documental	
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.	Adherencia y aplicación de procedimientos específicos del perfil profesional.	Actas de capacitación-Control documental	
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.	-Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Clínica, Plan de manejo y Evolución	Historia Clínica magnética.	

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.	Adherencia a los Protocolos, Guías y Procedimientos Institucionales.	Actas de capacitación - Control documental
7	7. Realizar la valoración funcional del usuario, emitir concepto terapéutico y definir el plan de intervención fisioterapéutica 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.	Diligenciar correctamente los formatos de la Subred Sur, Historia Clínica, Plan de manejo y Evolución	Historia Clínica magnética
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.	Diligenciamiento de recomendaciones dadas a familiares y/o cuidadores en Historia Clínica.	Historia Clínica magnética
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.	Cumplir las actividades asignadas por la Dirección de Servicios Complementarios en los diferentes servicios	Actas de capacitación-Control documental

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 4198272
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	11	76799413	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOS 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	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281300
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 219700
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42900
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 508148	\$ 543900
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	7500944900	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		2026-05-20 09:27:48	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-05-23 20:21:11	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-25 11:43:43	
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 19:27:17	

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52841612	CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL		CARRERA 78 No. 0-70 INT. 19 APTO 202	0000000000	pacaleal@gmail.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
		76799413	11/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$554.600	

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	5	800	0	219.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	5	1.100	0	281.300	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	5	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	5	100	10.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	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	219.700
Pensión	1	280.200	281.300
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	1	10.600	10.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	552.400	554.600


 Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

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

Datos guardados

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

[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
<i>No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados</i>					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2026 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3602-2026.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES FEBRERO 2026 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3602-2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA Y DIPLOMA DE TERAPEUTA OCUPACIONAL CLAUDIA.pdf	ACTA Y DIPLOMA DE TERAPEUTA OCUPACIONAL CLAUDIA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> HV SIDEAP CLAUDIA CASTRO.pdf	HV SIDEAP CLAUDIA CASTRO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MARZO 2026 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3602-2026.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES MARZO 2026 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3602-2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> PS 3602 2026 .pdf	PS 3602 2026 .pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2026 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3602-2026.pdf	CERTIFICACIÓN CUENTA DE COBRO MES ABRIL 2026 CLAUDIA PATRICIA CASTRO LEAL CTO#3602-2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Aumentar el contraste](#)

UTC -5 8:45:52

CLAUDIA PATRICIA...