

**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 del Contratista: | ROSMARY GARCÍA MELO | | Número de Documento: | 52268777 |
| Correo Electrónico: | rosmarygarciameo@gmail.com | | Número Telefónico: | 3105512391 |
| Nombre del Supervisor: | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | Cargo: | DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE | Código Grado: - 009 - 05 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 3595-2026 | 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 MEISSEN | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| M06LEME | 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 |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|

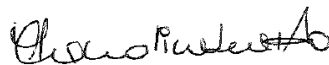
| \$ 20991360 | | \$ 20991360 | | \$ 16793088 | | \$ 4198272 | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| 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 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. | | | 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 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. | 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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 4198272 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2026 | ABRIL | 2026 | 05 | 14 | 6015637171 | - | | |
| 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 | \$ 280200 |
| Salud | | | | | COMPENSAR EPS | | \$ 218863 | \$ 218900 |
| ARL | | | | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | \$ 42652 | \$ 42700 |
| Caja de Compensación | | | | SI | COMPENSAR | Total | \$ 508148 | \$ 541800 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4800299739 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | | USUARIO | | FECHA | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | ROSMARY GARCIA MELO | | 2026-05-20 14:27:36 | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | ROSMARY GARCIA MELO | | 2026-05-20 14:28:12 | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | | MARIA CAROLINA LEAL APONTE | | 2026-05-23 20:09:42 | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | | 2026-05-25 12:47:38 | |
| 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 18:26:18 | |

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 GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52268777 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | ROSMARY GARCIA MELO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 31 14 31 APTO 305 | TELÉFONO: 2322733 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo terapéutico. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 6015637171 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: abril | PERIODO COTIZACIÓN MES: abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2026 | SALUD: AÑO: 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/05/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 306249583 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | TOTALES | |
|---------------------|--|--|------------|--------------|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

| PENSIÓN | | | | |
|------------------|--------|--------------------|----------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 280.200 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 280.200 |

| SALUD | | | | |
|------------------|--------|------------------|----------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | \$ 218.900 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 218.900 |

| CAJA DE COMPENSACIÓN | | | | |
|----------------------|--------|-----------------|----------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600669427 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | \$ 35.100 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 35.100 |

| RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|-----------------------|--------|------------------|----------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | \$ 42.700 |
| SUBTOTAL: | | | 1 | \$ 42.700 |

| | |
|------------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 576.900 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 576.900 |

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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"/> CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO - FEBRERO 2026 - CTO # 3595 - 2026.pdf | CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO - FEBRERO 2026 - CTO # 3595 - 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> ACTA DE GRADO - DIPLOMA DE FONOAUDIOLOGA.pdf | ACTA DE GRADO - DIPLOMA DE FONOAUDIOLOGA.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA SIDEAP - ROSMARY GARCIA MELO.pdf | HOJA DE VIDA SIDEAP - ROSMARY GARCIA MELO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - MARZO 2026 - CTO # 3595 - 2026.pdf | CERTIFICACION DE COBRO - ROSMARY GARCIA MELO - MARZO 2026 - CTO # 3595 - 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 3595 2026.pdf | PS 3595 2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO ABRIL 2026 - CTO # 3595 -2026.pdf | CERTIFICACION DE COBRO ROSMARY GARCIA MELO ABRIL 2026 - CTO # 3595 -2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >