



### Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-05-08, 03:53:11 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	CARLA JOHANA REYES PRADA
CEDULA CIUDADANIA	CC 29659915
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	85559038
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	293016131
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 625.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 303.600	\$ 300
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 237.200	\$ 200
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 46.300	\$ 100
N860013570	CCF21	CAFAM	1	\$ 38.000	\$ 100
<b>SubTotales:</b>				\$ 625.100	\$ 700
<b>Total a Pagar:</b>					\$ 625.800





## Recibo Pago

**Nit de comercio operador de información**

900089104-5

**Razón social del operador de información**

Enlace Operativo

**Descripción**

Pago de Seguridad Social

**Fecha**

08/05/2026 15:53

**Período de cotización otros riesgos**

abril 2026

**Período de cotización para salud**

abril 2026

**Empresa**

CARLA JOHANA REYES PRADA

**ID**

29659915

**Nombre aportante**

CARLA JOHANA REYES PRADA

**Dirección IP de origen**

172.29.10.57

**Datos Valores pagados**

Administradora	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
PROTECCION	\$303,600.00	\$300.00	\$303,900.00
EPS SANITAS	\$237,200.00	\$200.00	\$237,400.00
ARL SURA	\$46,300.00	\$100.00	\$46,400.00
CAFAM	\$38,000.00	\$100.00	\$38,100.00

**Subtotales**

**Valor sin mora**

\$625,100.00

**Valor mora**

\$700.00

<b>Referencia de pago / N° planilla</b> 85559038
<b>Tipo de planilla</b> I
<b>Número transacción bancaria / CUS</b> 293016131
<b>Banco</b> 1051 - BANCO DAVIVIENDA
<b>Total pagado</b> \$625,800.00

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

## Datos guardados

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

## Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> 1935-2026 ENERO.pdf (Archivado)	1935-2026 ENERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1935-2026. ENERO.pdf (Archivado)	1935-2026. ENERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1935-2026 FEBRERO.pdf	1935-2026 FEBRERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA SIDEAP...pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP...pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

- DIPLOMA DE MEDICO.pdf
- PS 1935 2026.pdf
- 1935-2026 MARZO.pdf
- 1935-2026 ABRIL.pdf

Editar

- DIPLOMA DE MEDICO.pdf
- PS 1935 2026.pdf
- 1935-2026 MARZO.pdf
- 1935-2026 ABRIL.pdf

- Proveedor [Descargar](#) [Detalle](#)
- Comprador [Descargar](#) [Detalle](#)
- Proveedor [Descargar](#) [Detalle](#)
- Proveedor [Descargar](#) [Detalle](#)

## Datos guardados

**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 Contratista:</b>	del	CARLA JOHANA REYES PRADA	<b>Número de Documento:</b>	29659915			
<b>Correo Electrónico:</b>	cajorepr0910@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3104204649			
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	REYES MURILLO HIGUERA	<b>Cargo:</b>	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<b>Código Grado:</b>	-	AG

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1935-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	295
<b>Perfil:</b>	MÉDICO GENERAL				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS CANDELARIA LA NUEVA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A10VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	124	0	35172	\$4361328	88.6%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 4361328	<b>CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHOPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-01-31	<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	\$ 4361328	
2	MARZO	\$ 4572360	
3	ABRIL	\$ 4361328	
4	MAYO	\$ 4361328	

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

\$ 24620400		\$ 24620400	\$ 17656344	\$ 6964056
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Desarrollar servicios profesionales de medico general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clinico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y a la normativa vigente, de acuerdo a las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E	SE BRINDA PRESTACIÓN DE SERVICIO EN SALUD A LA COMUNIDAD DE ACUERDO A PRINCIPIOS DE SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL	REGISTRO EN SISTEMA	
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a usuarios, familias y comunidad, conforme a los lineamientos técnicos y normativos vigentes.	SE DAN RECOMENDACIONES A PACIENTE Y FAMILIARES EN LA IMPORTANCIA DE REALIZAR EJERCICIO AERÓBICOAUTOCUIDADO DIETA BAJA EN GRASAS SAL HARINASNO CONSUMO DE ALCOHOL CIGARRILLO	SE DEJA CONSTANCIA EN HC	
3	Registrar de manera oportuna y adecuada la información derivada de los actos médicos realizados, en la historia clínica institucional, garantizando que dicha información sea veraz, clara, legible, secuencial y completa, conforme a los criterios establecidos en la Resolución 1995 de 1999, Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	REALIZÓ ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLÍNICA DE FORMA SISTEMATIZADA DINÁMICA GERENCIAL EN LENGUAJE MÉDICO Y CLAROCOHERENTESECUENCIAL DE FORMA OPORTUNA A LA CITA MÉDICA AGENDADA TENIENDO EN CUENTA CRITERIOS DE ENTES REGULADORES.	EVIDENCIA EN DINAMICA GERENCIA	
4	Participar en la elaboración, actualización y/o ajuste de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con la atención médica, así como aplicar los mismos en el desarrollo de las actividades contratadas, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el registro de estadísticas vitales y el uso de herramientas del Sistema de Salud como MIPRES, cuando a ello haya lugar, observando las normas universales de bioseguridad, ética y seguridad del paciente.	SE LLEVA A CABO ACTO MÉDICO DE ACUERDO A PROTOCOLOS DE LA SUBRED SUR Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD GARANTIZO EL DILIGENCIAMIENTO OPORTUNO DE FORMATOS REQUERIDOS EN CASOS PERTINENTES	REGISTRO EN SISTEMA	
5	Contribuir a la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como al suministro y consolidación de información necesaria para la trazabilidad y seguimiento de indicadores asociados a los procesos asistenciales.	IDENTIFICO POBLACIÓN EN RIESGO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS QUE PUEDAN COMPROMETER INTEGRIDAD FÍSICA Y MENTAL SE GENERA ORDEN PARA PROGRAMAS P Y D PARA SEGUIMIENTO OPORTUNO EFICAZ EFICIENTE.	REQUERIDOS REGISTRO EN SISTEMA SOS PERTINENTES	

<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>
6	Integrar su actuación profesional a las dinámicas asistenciales de la Entidad, con el propósito de favorecer el manejo integral del usuario, conforme a la normatividad legal vigente, sin que ello implique subordinación laboral ni dependencia jerárquica.	IDENTIFICO POBLACIÓN EN RIESGO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS QUE PUEDAN COMPROMETER INTEGRIDAD FÍSICA Y MENTAL SE GENERA ORDEN PARA PROGRAMAS P Y D PARA SEGUIMIENTO OPORTUNOEFCIAZ EFICIENTE.	SE REPORTA EN BASES
7	Realizar valoraciones clínicas, emitir diagnósticos y definir planes de tratamiento médico, acordes con la condición clínica del usuario, efectuando el seguimiento correspondiente cuando aplique, hasta su egreso y/o control ambulatorio, dentro del marco de su autonomía técnica y profesional.	POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SUBRED SUR RECIBO CAPACITACIONES EN PRO DE MEJORA PARA EL USUARIO ENCAMINADAS A REALIZAR ACCIONES PARA DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO OPORTUNO.	REGISTRADOR EN DINAMICA
8	Brindar información clara y oportuna a los familiares, acudientes o responsables del usuario, relacionada con la evolución, riesgos y posibles complicaciones del proceso de atención médica, en concordancia con las disposiciones legales, éticas y de confidencialidad aplicables.	POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SUBRED SUR RECIBO CAPACITACIONES EN PRO DE MEJORA PARA EL USUARIO ENCAMINADAS A REALIZAR ACCIONES PARA DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO OPORTUNO.	REGISTRADOR EN DINAMICA
9	Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, relacionadas con la atención médica, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la Entidad	POR PARTE DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE LA SUBRED SUR RECIBO CAPACITACIONES EN PRO DE MEJORA PARA EL USUARIO ENCAMINADAS A REALIZAR ACCIONES PARA DIAGNÓSTICO TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO OPORTUNO.	REGISTRADOR EN DINAMICA

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	\$ 4361328
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	85559038	-		
2026	ABRIL	2026	05	08				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 303600
Salud					EPS SÁNTITAS		\$ 218863	\$ 237200
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 42652	\$ 46300
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 587100</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870460880	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO	FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CARLA JOHANA REYES PRADA	2026-05-24 07:45:59		
RECHAZADO SUPERVISOR					REYES MURILLO HIGUERA	2026-05-24 09:31:07		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CARLA JOHANA REYES PRADA	2026-05-24 22:00:24		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					REYES MURILLO HIGUERA	2026-05-25 06:51:22		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-26 19:02:42		
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 17:18:18		

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.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'R' with the initials 'MH' written inside it.

**REYES MURILLO HIGUERA**  
**SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**