

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | 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: | ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ |            | Número de Documento:                                       | 1013634112 |                 |
| Correo Electrónico:     | anngie658@gmail.com            |            | Número Telefónico:                                         | 3016628353 |                 |
| Nombre del Supervisor:  | JHON EDISON PARRA MANCIPE      | Cargo:     | MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO |            | Código Grado: - |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                      |               |      |                       |     |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 2696-2026                            | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 294 |
| Perfil:                        | MÉDICO GENERAL                       |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS TUNAL                            |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                      |                                                                              |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                                                       | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| J02TN                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL                                                                    | 84           | 0                        | 39253      | \$3297252 | 87.5%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3297252                           | TRES MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS |              |                          |            |           |                                |

| 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             | \$ 5181396                                |            |
| 2                                   | MARZO               | \$ 3768288                                |            |
| 3                                   | ABRIL               | \$ 3768288                                |            |
| 4                                   | MAYO                | \$ 3297252                                |            |

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

| \$ 18841440                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 18841440                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 16015224 | \$ 2826216                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                     |
| 1                                                       | 1.Desarrollar servicios profesionales de medicina general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clínico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR ESE.         | -Prestar servicios de perfil medico especialista acorde con la lex artis , segun necesidad de la SUBRED SUE E,S,E de acuerdo a los principios del sistema general de de seguridad social .                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |             | - -Brindar atencion medica a los pacientes de la SUB RED SUR con oportunidad ,y pertenencia acuerdo a su condicion de salud realizar valoracion de ingreso y seguimiento hasta su egreso |
| 2                                                       | 2. Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado a nivel individual, familiar y comunitario, en el marco de su ejercicio profesional.                                                                                                                  | -Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje comprensible para el paciente y/o familiar. Encaminada a promover hábitos saludables                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             | - -Registros en dinámica gerencial hospitalaria                                                                                                                                          |
| 3                                                       | 3. Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.                                                     | -Diligenciar de manera adecuada la historia clínica aplicando lineamientos socializados a través de PROTOCOLO MANEJO INTEGRAL DE LA HISTORIA CLINICA para la subred sur, consumir información veraz, secuencial, coherencia, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, adherencia a criterios que definen el Ministerio de Salud y aplicar la Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifica o sustituye a cabalidad |             | --Registro en Historia clinica de dinamica generencial hospitalaria                                                                                                                      |
| 4                                                       | 4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos clínicos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad. | -Registro en Historia clinica de dinamica generencial hospitalaria.Intranet y gestion documental                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | --Registro en Historia clinica de dinamica generencial hospitalaria.Intranet y gestion documental                                                                                        |
| 5                                                       | 5. Contribuir desde su ejercicio profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.                                                                           | -Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur ESE, con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                        |             | ---Atención humanizada a nuestros visitantes, familiares y pacientes.                                                                                                                    |
| 6                                                       | 6. Actuaciones articulares profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                                                                            | -Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. -Registro en Historia clínica de dinámica hospitalaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             | -Solicitud de valoraciones e interconsultas con los pacientes                                                                                                                            |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7                                                       | 7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR ESE, incluyendo su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico. | --Actividades realizadas en pro de la atención integral, humanizada y comprometida con nuestros usuarios, familiares y comunidad que acuda a la subred integrada de servicios de salud | --Atención integral a todos los usuarios.                                                                                             |
| 8                                                       | 8. Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al manejo instalado.  | -Valorar demostrar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR ESE, hasta su egreso.                                        | - -Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica hospitalaria general para continuar cuidando de los pacientes |
| 9                                                       | 9. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR ESE, manteniendo en todo momento su autonomía técnica y científica.    | -Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica hospitalaria general para continuar cuidando de los pacientes                                                    | -Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica hospitalaria general para continuar cuidando de los pacientes   |

| 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 |                     |  |
| AÑO                                                                                                                                    | MES              | AÑO           | MES | DÍA | 9504529705                                                                  | -                          |                                                  | \$ 3768288          |  |
| 2026                                                                                                                                   | ABRIL            | 2026          | 05  | 11  |                                                                             |                            |                                                  |                     |  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                  |               |     |     | TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS |                            |                                                  |                     |  |
| 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                                        | \$ 453100           |  |
| Salud                                                                                                                                  |                  |               |     |     | NUEVA EPS                                                                   |                            | \$ 218863                                        | \$ 354000           |  |
| ARL                                                                                                                                    |                  |               |     | 3   | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                                         |                            | \$ 42652                                         | \$ 69100            |  |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                  |               |     | NO  |                                                                             | Total                      | \$ 508148                                        | \$ 876200           |  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                  |               |     |     |                                                                             |                            |                                                  |                     |  |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCOLOMBIA S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                                              | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 41375132760         |  |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                  |               |     |     |                                                                             |                            |                                                  |                     |  |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                  |               |     |     | USUARIO                                                                     |                            |                                                  | FECHA               |  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                  |               |     |     | ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ                                               |                            |                                                  | 2026-05-24 09:27:15 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                  |               |     |     | ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ                                               |                            |                                                  | 2026-05-25 10:58:29 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                  |               |     |     | ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ                                               |                            |                                                  | 2026-05-25 10:58:37 |  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                  |               |     |     | JHON EDISON PARRA MANCIPE                                                   |                            |                                                  | 2026-05-25 11:09:22 |  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                  |               |     |     | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                                            |                            |                                                  | 2026-05-30 04:20:01 |  |
| 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 15:35:03 |  |

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.



**JHON EDISON PARRA MANCIPE**  
**MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO**  
**INTENSIVO**