

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	JOSSIE DELGADO SALAZAR		Número de Documento:	236305	
Correo Electrónico:	Jossdesa@hotmail.com		Número Telefónico:	3196634858	
Nombre del Supervisor:	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS	Código - Grado:	009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1959-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	295
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS DANUBIO AZUL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A10ULN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO	186	0	35172	\$6541992	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6541992	SEIS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 11430900	1166
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 4888908	
2		MARZO		\$ 6541992	
3		ABRIL		\$ 6541992	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 6541992	
5	JUNIO	\$ 6541992	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 32709960	\$ 44140860	\$ 31056876	\$ 13083984
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 clínico 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 realiza la prestación de servicios como Médico en consulta acorde a la normativa vigente en la Subred integrada de servicios de salud sur	-Historia Clínica
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 brinda la educación orientación y recomendaciones en consulta según consulta realizada para promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	-Historia Clínica
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.	-se realiza el registro en historia clínica toda la información de forma veraz, secuencial con criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017)	-Historia clínica
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 realiza el apoyo a la elaboración actualización de formatos, protocolos guías, procedimientos de medicina incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Actas, historia clínica y consentimientos informados
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.	-se realiza el apoyo en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios según las necesidades encontradas en las consultas realizadas según las rutas de atención en salud,	-Historia clínica

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

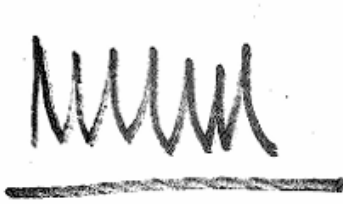
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-se realiza la articulación con las acciones de los equipos misionales para el manejo integral y cuidado de cada paciente atendido en consulta de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Actas y historia clínica
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.	-se realiza la valoración de cada paciente para evaluar su diagnóstico y el plan a manejar según lo encontrado en la revisión de cada paciente	-Historia Clínica
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.	-se Informa de manera clara y oportuna al paciente o su familiar y/o acudiente la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento encontrado en cada paciente	-Historia clínica
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	-se realizan las actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Historia clínica

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	9506248132	-		\$ 6541992
2026	MAYO	2026	06	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				SI	-	\$ 2616797	\$ 418688	\$ 0
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 327100	\$ 337500
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 63745	\$ 65800
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 759448	\$ 403300
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0570004270221833	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JOSSIE DELGADO SALAZAR		2026-06-19 19:43:41	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JOSSIE DELGADO SALAZAR		2026-06-22 15:47:42	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA MARCELA MEZA FLOREZ		2026-06-22 20:49:36	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-06-24 12:57:32	
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		2026-07-14 14:23:19	

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 MARCELA MEZA FLOREZ
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 236305		DELGADO SALAZAR JOSSIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70D # 63 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	383464300		9506248132	I	2026/06/02	2026/06/12	BANCO DAVIVIENDA	\$403,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,680,000	\$335,000			\$0	\$0			\$2,680,000	\$65,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,680,000	\$335,000			\$0	\$0			\$2,680,000	\$65,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,680,000	\$335,000			\$0	\$0			\$2,680,000	\$65,300		\$0	\$0	
1	CE 236305	DELGADO JOSSIE		0	\$0	\$0	EPS008	30	\$2,680,000	\$335,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$2,680,000	\$65,300	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$2,680,000	\$335,000			\$0	\$0			\$2,680,000	\$65,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CE 236305		DELGADO SALAZAR JOSSIE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TV 70D # 63 - 15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2026-05	2026-05	383464300	9506248132	I	2026/06/02	2026/06/12	BANCO DAVIVIENDA	10	\$403,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$65,300	\$500	\$0	\$65,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$65,300	\$500	\$0	\$65,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$335,000	\$2,500	\$0	\$337,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$335,000	\$2,500	\$0	\$337,500	
TOTAL				1	\$400,300	\$3,000	\$0	\$403,300	



BANCO DAVIVIENDA S.A.

Apreciado(a) JOSSIE:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****1833:

Fecha: 2026/06/11

Hora: 15:54:36

Valor Transacción: \$440,213

Clase de Movimiento: Descuento en Internet,

Lugar de Transacción: PSE Ebanx Colombia SAS

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

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

Datos guardados

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

¿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		
☐	CUENTA FEBRERO CTO 1959 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 1959 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTAS Y DIPLOMAS CONVALIDACION.pdf	ACTAS Y DIPLOMAS CONVALIDACION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA_236305.pdf	HOJA DE VIDA_236305.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 1959-2026.pdf	CUENTA MARZO CTO 1959-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 1959-2026.pdf	CUENTA ABRIL CTO 1959-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO CTO 1959-2026.pdf	CUENTA MAYO CTO 1959-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			Borrar	Cargar nuevo	

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y
CESANTIAS PORVENIR S.A.**

INFORMA:

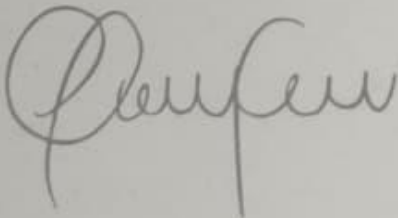
Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, identificado(a) con Documento No. 236,305, por las siguientes sumas:

Fecha	Descripción	Valor
Ene.08/20	DEVOLUCION_SALDOS	\$9,644.00
May.24/19	DEVOLUCION_SALDOS	\$10,228,681.00
Sep.05/18	DEVOLUCION_SALDOS	\$12,309,852.00
Oct.25/17	DEVOLUCION_SALDOS	\$78,410,640.00

Así las cosas el(la) Señor(a) JOSSIE DELGADO SALAZAR, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 24 días del mes de Noviembre de 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes