

	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:	MARIA ANGELICA CASTILLO TORRES		Número de Documento:	1032372192	
Correo Electrónico:	angelicus_castillo@yahoo.com		Número Telefónico:	3112048312	
Nombre del Supervisor:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	Cargo:	COORDINADOR DE URGENCIAS	Código Grado:	- 213-32

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2044-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	296
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
B05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	54	0	94000	\$5076000	29%
I05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	156	94000	\$14664000	83.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 19740000	DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS					

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	2026-05-15		1	\$ 19552000	1079	
2	2026-06-09	2026-08-31	2	\$ 47000000	1196	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar		
1		FEBRERO		\$ 18612000		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MARZO	\$ 22560000	
3	ABRIL	\$ 21996000	
4	MAYO	\$ 19740000	
5	JUNIO	\$ 19740000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 87420000	\$ 153972000	\$ 102648000	\$ 51324000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar servicios profesionales especializados en Pediatría, aplicando su conocimiento técnico-científico y criterio médico 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 a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.	Las actividades las realizo como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA en los servicios de Hospitalización y Urgencias en la unidad de Meissen .	-Historia Clinica
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, dirigidas al niño, niña, adolescente, su familia y/o cuidadores, conforme a su criterio profesional.	-Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, exámen físico con evolución a los pacientes pediátricos.	-Historia Clinica
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 lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Proteccion Social y los demás entes competentes.	-Historia Clinica
4	Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área pediátrica, 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.	-Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	-Historia Clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios pediátricos 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.	-Informar mediante atención al paciente pediátrico y a los padres el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Historia Clínica
6	Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente pediátrico lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-Articulación con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente pediátrico que se encuentra en la UCI pediátrica.	-Historia Clínica
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 E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de las especialidades con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la historia clínica.	-Historia Clínica
8	Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al padre, madre, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instaurado.	-Brindar de manera oportuna, pertinente y veraz, información tanto a familiares, pacientes y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes.	-Historia Clínica
9	Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	-Se cumple con las actividades pactadas en las obligaciones del contrato firmado con la Subred Sur y siguiendo los lineamientos establecidos y coordinados con el supervisor del contrato.	-Historia Clínica
10	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 E.S.E., manteniendo su autonomía técnica y científica.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Historia Clínica

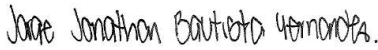
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 19740000	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	90315494	N-49			
2026	MAYO	2026	06	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIECINUEVE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 7896000	\$ 1263360	\$ 1342400
Salud						SALUD TOTAL EPS S.A.		\$ 987000	\$ 987000
ARL					3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 192347	\$ 192400
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 2291577	\$ 2521800

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2700088889

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA ANGELICA CASTILLO TORRES	2026-06-21 08:54:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ	2026-06-24 16:41:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-07-02 10:00:07
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 21:03:48

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.



JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
COORDINADOR DE URGENCIAS

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032372192	MARIA ANGELICA CASTILLO TORRES	calle 25b #71-80 torre 2 apto 302	7388255	angelicus_castillo@yahoo.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90315494	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2.521.800	

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					
EP5002	Salud Total EPS	800130907-4	987.000	0		0		0	0	0	0	987.000	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
230301	Porvenir	800224805-8	1.263.400	0	0	39.500	39.500	0	0	0	1.342.400	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	192.400				192.400	0	0	192.400			1.924	192.400	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	987.000	987.000
Pensión	1	1.342.400	1.342.400
Riesgos Laborales	1	192.400	192.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.521.800	2.521.800



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032372192	MARIA ANGELICA CASTILLO TORRES	calle 25a #71-80 torre 2 apto. 302	7388255	angelicus_castillo@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I= Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		90315494	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$2,521,800	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible][illegible]



CASTILLO TORRES MARIA ANGELICA
102272192
NIT: 4032372192-9
d 259 71 80 TO 2 APTO 302
Tel: (601) 311046312
Bogotá - Colombia
angelica_castillo@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. 49

Señores
NIT
Dirección

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
90045925640
CR 20 47 B 35 SUR

Teléfono
Ciudad

(601) 7300000
Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación
Expedición
Vencimiento

12/06/2026, 19:13
12/06/2026, 19:13
12/06/2026

Item	Descripción	Cantidad	Vu. Unitario	Vu. Total
1	ESPECIALISTA PEDIATRA	210,00	94,000,00	19,740,000,00

Total Items: 1

Valor en Letras:
Diecinueve millones setecientos cuarenta mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Debito en Crédito Plus (CCD+) • Transferencia

Observaciones:

Total Bruto
IVA 0%
Total a Pagar

19,740,000,00
0,00
19,740,000,00

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1281 de 2006). Con esta el Comprador debe haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en esta factura. Véase: Número Autorización Electrónica 18754993446421 aprobado en 20250909 previo desde el número 41 al 109 Vigencia: 24 Meses

• Actividad Económica: 8621 Actividad de la práctica médica, en información Tarifa 5,69

CUFE: 5355eb779297027012324a253366bda2ac5656d4c32a3978ee19846e5a87a742a50ef17072620567f6e120037

20/6/26, 6:53 p.m.

Editar



[Aumentar el contrato](#)

UTC -5 18:53:33

maria angelica ca...



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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización? ☐ Si ☒ 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 N. 2044 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2044 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA VIDA SIEAP SOMBRADO.pdf	HOJA VIDA SIEAP SOMBRADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DIPLOMA ESPECIALISTA	3. DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA GRADO ESPECIALISTA.pdf	ACTA GRADO ESPECIALISTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - CTO N. 2044 - 2026.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 2044 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - CTO N. 2044 - 2026.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 2044 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO - CTO N. 2044 - 2026.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 2044 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto: 02 Actualización		4. Número de formulario: 141157435079			
					
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1032372192		6. DV: 9		12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico: 32					
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía		26. Número de identificación: 1032372192	
27. Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 169		29. Departamento: Bogotá D.C.	
30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.		31. Primer apellido: CASTILLO		32. Segundo apellido: TORRES	
33. Primer nombre: MARIA		34. Otros nombres: ANGELICA		35. Buzón social: 001	
36. Nombre comercial:		37. Signo:			
UBICACIÓN					
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.	
41. Dirección principal: CL 25 B 71 80 TO 2 AP 302		42. Correo electrónico: angie.castillo1110@hotmail.com			
43. Código postal: 3112046312		44. Teléfono: 6017388255			
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Otras actividades		Ocupación	
46. Código: 8621		47. Fecha inicio actividad: 20111202		48. Código: 12	
49. Código: 12		50. Fecha inicio actividad:		51. Código:	
52. Número establecimiento:					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código: 552					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
52 - Facturador electrónico					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código: 11121314151617181920					
55. Forma: 56. Tipo: 57. Modo: 58. CPC:					
59. Anexos: SI NO X					
60. No. de folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz, en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.8 del Decreto 1655 del 2016. De igual manera al formular el trámite el usuario fue informado y acepta la política de privacidad de datos ley 1581 de 2016.					
Firma del solicitante:					
Firma autorizada:					
984. Nombre: CASTILLO TORRES MARIA ANGELICA					
985. Cargo: CONTRIBUYENTE					



cso6Fe3Huy

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

MARIA ANGELICA CASTILLO TORRES

1032372192

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
GESTIÓN DE EMOCIONES Y MANEJO DEL DUELO V2
Con una intensidad horaria de : 24 horas

Para constancia se expide:

6 de diciembre de 2024

Vigencia de 2 años