

	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:	CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL		Número de Documento:	1033784752	
Correo Electrónico:	calombanab@unal.edu.co		Número Telefónico:	3115307401	
Nombre del Supervisor:	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
--------------------	--	--	--	--	--

No. Contrato:	1933-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	295
Perfil:	NUTRICIONISTA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MOCHUELO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
--------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A35VM	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MOCHUELO	9	0	23977	\$215793	4.8%
A35NN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS NAZARETH	9	0	23977	\$215793	4.8%
A35UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	90	0	23977	\$2157930	48.4%
A35UP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS DESTINO	9	0	23977	\$215793	4.8%
A35HU	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	HOSPITAL USME NUEVO	60	0	23977	\$1438620	32.3%
A35UJ	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS LA FLORA	9	0	23977	\$215793	4.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4459722	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIDOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-02		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	\$ 8919444	1166
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 4459722	
2		MARZO		\$ 4459722	
3		ABRIL		\$ 4459722	
4		MAYO		\$ 4459722	
5		JUNIO		\$ 4459722	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 22298610		\$ 31218054		\$ 22298610	\$ 8919444
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Desarrollar actividades de apoyo nutricional, conforme a su perfil profesional, aplicando los principios de la Lex Artis, cuando sea requerido por LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y demás disposiciones normativas que regulan la materia.		-Se presto el servicio correspondiente con el perfil de nutricionista en varias unidades de salud pertenecientes a la SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo con los principios y normatividad vigente.		-Registro de historia clinica HC100
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en nutrición y alimentación saludable, 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 realizo educación alimentaria y nutricional dentro de la consulta de cada paciente atendido con el fin de promover y prevenir diversas enfermedades crónicas no transmisibles tanto individual como comunitariamente		-Registro de historia clinica HC100
3	Registrar de manera oportuna y adecuada la información derivada de las atenciones nutricionales prestadas, 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 diligencio la historia clínica correspondiente con el diagnostico, manejo terapéutico necesario y demás recomendaciones para cada paciente.		-Registro de historia clinica HC100

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Participar en la elaboración, actualización y/o ajuste de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con el apoyo nutricional, así como aplicar los mismos en el desarrollo de las actividades contratadas, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando a ello haya lugar, observando las normas universales de bioseguridad, ética y confidencialidad.	-Se realizo el proceso terapeutico a cada paciente de acuerdo con los formatos, protocolos y guías dispuestas, especialmente, a la ruta de desnutricion infantil en menores de 5 años	-Registro historia clinica HC100
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 nutricionales.	-Se realizo la respectiva identificación y direccionamiento de pacientes a través de las rutas de salud dispuestas, especialmente, a la ruta de desnutricion infantil en menores de 5 años.	-Ficha de notificacion evento No 113 y registro de historia clinica HC100
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 realizaron acciones conjuntas con los equipos misionales para el manejo adecuado del paciente, de acuerdo con la normatividad vigente	-Registro historia clinica HC100
7	Realizar valoraciones nutricionales, emitir conceptos técnicos, establecer diagnósticos nutricionales y definir planes de intervención, acordes con la condición clínica del usuario, efectuando el seguimiento correspondiente cuando aplique, dentro del marco de su autonomía técnica y profesional.	-Se realizó la valoración nutricional a cada paciente a través de indicadores antropometricos, bioquimicos y demás parametros del estado nutricional, así como el diagnostico y la definición del plan de tratamiento teniendo en cuenta los formatos de la plataforma dinamica gerencial.	-Registro historia clinica HC100
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 intervención nutricional, en concordancia con las disposiciones legales, éticas y de confidencialidad aplicables.9.Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, relacionadas con el apoyo nutricional, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al fortalecimiento de los procesos misionales de la Entidad.	-Se informo de manera oportuna a los pacientes y/o acudientes los riesgos a la salud que son objeto de tratamiento, así como factores que predisponen la aparicion de diversas enfermedades	-Registro historia clinica HC100

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	9504567533	-		\$ 4459722	
2026	MAYO	2026	05	19					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTIDOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1783889	\$ 285422	\$ 285500	
Salud					FAMISANAR		\$ 222986	\$ 223000	
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA SEGUROS S.A. DE		\$ 43456	\$ 43500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 517720	\$ 552000	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	1562043185	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL			2026-06-22 21:39:31	
RECHAZADO SUPERVISOR					MARIA MARCELA MEZA FLOREZ			2026-06-25 07:40:04	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL			2026-06-25 10:19:03	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CAMILO ANDRES LOMBANA BERNAL			2026-06-25 10:33:53	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA MARCELA MEZA FLOREZ			2026-06-25 12:01:38	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2026-06-27 12:13:47	
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 21:37:22	

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 dark ink, consisting of several stylized, overlapping loops and vertical strokes, positioned above a solid horizontal line.

MARIA MARCELA MEZA FLOREZ
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																												
Identificación			dv	Razon Social						Clase Aportante					Sucursal Principal			Direccion			Ciudad-Departamento			Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																		
CC 1033784752				LOMBANA BERNAL CAMILO ANDRES						INDEPENDIENTE					PRINCIPAL			calle 52F SUR #24c-20			BOGOTA-BOGOTA D.E.			2792588		No																		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																												
Periodo			Clave						Tipo		Fecha				Pago																													
Pensión		Salud	Pago			Planilla			Planilla		Limite		Pago		Banco			Dias Mora		Valor																								
2026-05		2026-05	320495809			9504567533			I		2026/06/12		2026/05/19		DAVibank S.A.			0		\$552,000																								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES										
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	pcr	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	lrr	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,783,888	\$285,500			\$1,783,888	\$223,000			\$0	\$0			\$1,783,888		\$43,500		\$0	\$0		\$552,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$1,783,888	\$285,500			\$1,783,888	\$223,000			\$0	\$0			\$1,783,888		\$43,500		\$0	\$0		\$552,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$1,783,888	\$285,500			\$1,783,888	\$223,000			\$0	\$0			\$1,783,888		\$43,500		\$0	\$0		\$552,000
1	CC	1033784752	LOMBANA CAMILO																	231001	30	\$1,783,888	\$285,500	EPS017	30	\$1,783,888	\$223,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,783,888	2.436%	\$43,500	0	\$0	No					
Total Afiliados(1)																									\$1,783,888	\$285,500			\$1,783,888	\$223,000			\$0	\$0			\$1,783,888		\$43,500		\$0	\$0		\$552,000

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,500	\$0	\$0	\$285,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$285,500	\$0	\$0	\$285,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,500	\$0	\$0	\$43,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$43,500	\$0	\$0	\$43,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,000	\$0	\$0	\$223,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$223,000	\$0	\$0	\$223,000
TOTAL				1	\$552,000	\$0	\$0	\$552,000

