

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

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-08-01	Hasta:	2026-08-31		
Nombre del Contratista:	OWEN OMAR ALBA TORRES		Número de Documento:	74372841		
Correo Electrónico:	owenalba@gmail.com		Número Telefónico:	3183728506		
Nombre del Supervisor:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	Cargo:	COORDINADOR DE URGENCIAS	Código - Grado:	213-32	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2034-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	296
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Perteneces:	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
B02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	186	6	40000	\$7680000	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 7680000	SIETE MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA 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	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 15360000	1196
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 6720000	
2		MARZO		\$ 7680000	
3		ABRIL		\$ 7200000	
4		MAYO		\$ 7680000	

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

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 7200000	
6	JULIO	\$ 7200000	
7	AGOSTO	\$ 7680000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 37200000		\$ 52560000	\$ 51360000
			\$ 1200000
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 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 a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.	- Atendí a los pacientes de acuerdo a los principios del sistema general de seguridad social	- Historias clínicas
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.	- Di recomendaciones a los pacientes para promover y prevenir enfermedades	- Historias clínicas
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.	- Realice diligenciamiento de historias clínicas	- Historias clínicas
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.	- Diligencie los formatos establecidos	- Historias clínicas
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.	- Realice seguimiento a pacientes atendidos	- Historias clínicas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Coordinar actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	- Realice el manejo de pacientes	- Historias clínicas
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 su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico.	- Valore y diagnostique pacientes	- Historias clínicas
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 instaurado.	- Informe oportunamente a los familiares la evolución y tratamiento de los pacientes	- Informe oportunamente a los familiares la evolución y tratamiento de los pacientes
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 E.S.E., manteniendo en todo momento su autonomía técnica y científica.	- Cumplí las metas de producción acordadas con el supervisor	- Historias clínicas

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		\$ 7200000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	6028260342	-			
2026	JULIO	2026	08	18					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 2880000	\$ 460800	\$ 493900	
Salud					NUEVA EPS		\$ 360000	\$ 385800	
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR S.A.		\$ 70157	\$ 75300	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 835834	\$ 955000	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta de	0550008400763135

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OWEN OMAR ALBA TORRES	2026-08-23 09:53:03
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNADEZ	2026-08-25 14:05:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-08-30 17:32:20
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	2026-09-15 11:29:00

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.

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
COORDINADOR DE URGENCIAS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OWEN OMAR ALBA TORRES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO 301	TELÉFONO: 5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6028260342	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	6	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 573479428

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
								X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 493.900
SUBTOTAL:			1	\$ 493.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 385.800
SUBTOTAL:			1	\$ 385.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600025032	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1	\$ 75.300
SUBTOTAL:			1	\$ 75.300

VALOR SIN MORA:	\$ 950.500
VALOR MORA:	\$ 4.500
TOTAL PAGADO:	\$ 955.000



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 9:29:00

OWEN OMAR ALBA TO...



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? ☐ 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 de cobro No 2034-2026 mes de febrero 2026.pdf	Cuenta de cobro No 2034-2026 mes de febrero 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cta de cobro 2034-2026 mes de marzo 2026.pdf	Cta de cobro 2034-2026 mes de marzo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	10. DIPLOMA.pdf	10. DIPLOMA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de Vida SIDEAP..pdf	Hoja de Vida SIDEAP..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE ABRIL 2026.pdf	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

		Editar			
☐	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE MAYO 2026.pdf	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 2034 2026.pdf	PS 2034 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE JUNIO 2026.pdf	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE JUNIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE JULIO 2026.pdf	CTA DE COBRO 2034-2026 MES DE JULIO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
			<div><div>Borrar</div><div>Cargar nuevo</div></div>		

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >