

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-12-01	<b>Hasta:</b>	2025-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	ROSA MARYLU CRUZ GARZON		<b>Número de Documento:</b>	52454116
<b>Correo Electrónico:</b>	rosacruzgarzon78@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3132830432
<b>Nombre del Supervisor:</b>	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	<b>Código Grado:</b> - 009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	8629-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	1767
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M06VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	180	12	10034	\$1926528	103.2%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 1926528</b>	<b>UN MILLON NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-11-21	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-01-16
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	NOVIEMBRE	\$ 722448	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 2829588	\$ 2829588	\$ 722448	\$ 2107140

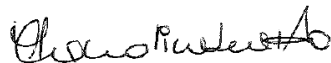
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
--	---	-----------------------------

1	Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Actividades de limpieza y desinfección del área de rehabilitación	Planillas correspondientes asignadas para el registro de actividades
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	No se aplica	No se aplica
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	No se aplica	No se aplica
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Actualización de documentos de limpieza y desinfección del servicio	Documento actualizado
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	Organización de equipos e insumos del servicio	Espacios Físicos para organización
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	No se aplica	No se aplica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 722448
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2025	12	11	92291823	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SETECIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 76000
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 59400
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 11600
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 147000</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24082973492		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ROSA MARYLU CRUZ GARZON		2025-12-11 12:11:08		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2025-12-13 16:59:14		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-14 19:34:27		

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 CAROLINA LEAL APONTE**  
**DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS**

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO
CC	52454116	ROSA MARYLU CRUZ GARZON		Cra 3 f# 56 - 59 sur	5676245		rosacruzgarzon78@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92291823	\$147.800	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	59.400	0		0		0	7	300	0	59.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	76.000	0	0	0	0	7	400	0	76.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	11.600				11.600	7	100	11.700			116	11.700	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
<b>SENA</b>				
0	7	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	7	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	59.400	59.700
Pensión	1	76.000	76.400
Riesgos Laborales	1	11.600	11.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>147.000</b>	<b>147.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52454116	ROSA MARYLU CRUZ GARZON		Cra 3 f# 56 - 59 sur	5676245	rosacruzgarzon78@gmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92291823	\$147.800	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Com. extranjer	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CDR	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52454116	CRUZ GARZON ROSA MARYLU	59	0			N	X																230201	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS008	474.500	59.400	14-11	474.500	3	11.600		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

## Buscar contrato


 (Búsqueda avanzada)

## Últimas modificaciones

<u>Id del contrato</u>	<u>Número del Contrato</u>	<u>Entidad Estatal</u>	<u>Tipo de entidad</u>	<u>Fecha de firma</u>	<u>Fecha de finalización</u>	<u>Facturación de la entidad</u>	<u>Valor total de la oferta</u>	<u>Estado</u>
7062771	8629-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	19 días de tiempo transcurrido (21/11/2025 2:41:31 PM (UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	16/01/2026 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	2.829.588 COP	En ejecución
6384235	5678-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	6/05/2025 8:51:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	14/10/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	12.227.128 COP	En ejecución
5921660	4569-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	27/01/2025 10:40:00 AM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/04/2025 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	8.101.477 COP	En ejecución
5333488	6469-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	23/08/2024 7:50:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	30/11/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	8.532.404 COP	En ejecución
4481347	1108-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	22/01/2024 11:00:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	14/06/2024 11:59:00 PM ((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	11.782.585 COP	En ejecución

[Ver más](#)


## OPCIONES

## VER

## HERRAMIENTAS

Últimas modificaciones  
 Todos  
 Esperando aprobación  
 Firmado  
 Firmado y enviado a la Entidad Estatal  
 Suspendidos  
 Cancelados  
 Cerrados  
 Firmados y Terminados anormalmente