

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-12-01	Hasta:	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	MARIA YOLANDA CAMELO REYES		Número de Documento:	51639753	
Correo Electrónico:	mayo.camelo@gmail.com		Número Telefónico:	3124475309	
Nombre del Supervisor:	IVAN CADENA GRANDAS	Cargo:	JEFE OFICINA CALIDAD	Código - Grado:	006-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2336-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	8
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO III				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE CALIDAD				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
T10SA	OFICINA DE CALIDAD	ADMINISTRATIVA	\$5569200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5569200	CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-14		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-13	2025-12-31	1	\$ 19863480	1315
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 3155880	
2		FEBRERO		\$ 5569200	
3		MARZO		\$ 5569200	
4		ABRIL		\$ 5569200	
5		MAYO		\$ 5569200	
6		JUNIO		\$ 5569200	

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

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
7	JULIO	\$ 5569200	
8	AGOSTO	\$ 5569200	
9	SEPTIEMBRE	\$ 5569200	
10	OCTUBRE	\$ 5569200	
11	NOVIEMBRE	\$ 5569200	
12	DICIEMBRE	\$ 5569200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 44553600		\$ 64417080	\$ 64417080
			\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Dar direccionamiento técnico al equipo humano asignado para el programa de humanización a partir de esquemas de sensibilización con enfoque psicológico y/o social que impacten en la construcción de la cultura del buen trato y la humanización.	Se realizó reunión con equipo para el direccionamiento de las intervenciones en las sedes	Acta de reunión de equipo.
2	2.Apoyo funcional en las actividades de capacitación que se brinden en las unidades de servicio de acuerdo a las necesidades.	Se ejecutó talleres de acuerdos de vida de forma conjunta con transformación	Listas de participantes y presentación
3	3.Liderar las actividades tendientes al desarrollo del Eje de humanización en el Sistema único de acreditación.	Se realizó participación en las mesas de acreditación, comité de calidad	Listas de asistencia y presentación
4	4.Presentación y despliegue y análisis de resultados de los indicadores de humanización.	Se elaboró el cargue y análisis de los indicadores del subproceso de humanización de la atención en el aplicativo ALMERA	Reporte ALMERA
5	5.Liderar la formulación y ejecución de las acciones específicas en acompañamiento emocional, manejo espiritual, código de ética, dolor y grupos especiales.	Se efectuó la articulación con Capellán, fundación MASS, fundación Faro, Fundación CLOWN y Bibliored	Informe mes de diciembre
6	6.Participar en espacios institucionales que permitan la promulgación de la política de humanización y su programa.	Se participo en el cierre de mejora continua, diario de un sueño	Reconocimiento secretaria
7	7.Elaborar de manera conjunta las fichas de los indicadores de cumplimiento de procesos, para realizar el análisis conjunto de la información y tomar las acciones de mejora correspondientes de forma anual.	Se cumplió el indicador institucional para la política de humanización	Indicador definido para el año
8	8. Elaborar y presentar oportunamente los informes de gestión o desarrollo de actividades específicas solicitadas por el supervisor, cuando sea requerido y según programación establecida.	Se efectuó Informe de gestión de humanización de la atención, análisis de resultados de cultura de humanización, presentación	Informe mes de diciembre

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

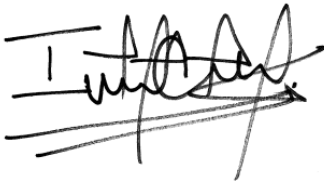
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9. Presentar los informes que le sean solicitados en el cumplimiento del objeto contractual.	Se llevó a cabo la socialización de trato humanizado con el personal que ha generado quejas y sensibilización para mejora de equipo	listas reconciliación con el usuario y acta
10	10. Participar de las capacitaciones y reuniones tanto de la oficina como de la institución	Se participo en reunión del cuidado de personal de salud convocado por la OES	Resumen de convocatoria

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		\$ 5569200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91449206	-			
2026	NOVIEMBRE	2025	12	02					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 2227680	\$ 356429	\$ 356500	
Salud					COMPENSAR		\$ 278460	\$ 278500	
ARL				3	SURA		\$ 54266	\$ 54300	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 646517	\$ 689300	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	007500915934		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA YOLANDA CAMELO REYES			2025-12-11 03:48:58	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					IVAN CADENA GRANDAS			2025-12-13 16:05:30	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO			2025-12-15 14:12:28	
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			2026-01-08 16:09:22	

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.



IVAN CADENA GRANDAS
JEFE OFICINA CALIDAD

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51639753	MARIA YOLANDA CAMELO REYES		CALLE 83 A # 116a 85 INT 159	3124475309	mayo.camel@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	02/12/2025	91449206	\$733.900	

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	278.500	0		0		0	0	0	0	278.500	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	356.500	0	0	0	0	0	0		356.500	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	54.300				54.300	0	0	54.300			543	54.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.600	0	0	44.600	1

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	278.500	278.500
Pensión	1	356.500	356.500
Riesgos Laborales	1	54.300	54.300
CCF	1	44.600	44.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	733.900	733.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51639753	MARIA YOLANDA CAMELO REYES		CALLE 83 A # 116a 85 INT 159	3124475309	mayo.camelo@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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	02/12/2025	91449206	10
					TOTAL A PAGAR
					\$733.900

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional do 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	51639753	CAMELO REYES MARIA YOLANDA	59	0			N																		230201	2.227.680	356.500	0	0	0	0	EPS008	2.227.680	278.500	14-11	2.227.680	3	54.300	CCF24	2.227.680	44.600	0	0	0	0	0

PAGADA

