

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-01	Hasta:	2026-01-31
Nombre del Contratista:	ROSA MARYLU CRUZ GARZON		Número de Documento:	52454116
Correo Electrónico:	rosacruzgarzon78@gmail.com		Número Telefónico:	3132830432
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8629-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1767
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	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%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1926528	UN MILLON NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-21			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-01-16
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-01-10	2026-01-31	1	\$ 1745916	81
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	NOVIEMBRE			\$ 722448	
2	DICIEMBRE			\$ 1926528	

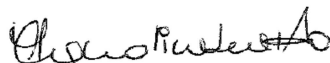
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 2829588		\$ 4575504	\$ 2648976	\$ 1926528
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
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	de el Mes			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92540615	-	\$ 1926528				
2025	DICIEMBRE	2026	01	09				UN MILLON NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras											
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado			
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800		
Salud						COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000		
ARL					3	SURA		\$ 34676	\$ 34700		
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 413129	\$ 440500		
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			2026-01-22 00:03:42			
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE			2026-01-23 21:18:28			
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2026-01-24 17:54:13			

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						
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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12	I	09/01/2026	92540615	\$441.200	

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	178.000	0		0		0	2	300	0	178.300	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	227.800	0	0	0	0	2	300	0	228.100	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	34.700				34.700	2	100	34.800			347	34.800	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	178.000	178.300
Pensión	1	227.800	228.100
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.200

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	
2025-12	2025-12	1	09/01/2026	92540615	\$441.200		

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Estratificación	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MAA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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																	230201	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

[Escritorio](#) → [Menú](#) → **Administración de contratos**

[Últimas modificaciones](#)
[Todos](#)

Buscar contrato

Últimas modificaciones

Id del contrato	Número del Contrato	Entidad Estatal	Tipo de entidad	Fecha de firma	Fecha de finalización	Facturación de la entidad	Valor total de
7738775	3741-2026	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	1 día de tiempo transcurrido <small>(1/02/2026 9:14:26 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	30/06/2026 11:59:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	12
7062771	8629-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	21/11/2025 2:41:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	2 días de tiempo transcurrido (31/01/2026 11:59:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	4
6384235	5678-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	6/05/2025 8:51:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	14/10/2025 11:59:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	12
5921660	4569-2025	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	27/01/2025 10:40:00 AM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	30/04/2025 11:59:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	8
5333488	6469-2024	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	Entidad Estatal	23/08/2024 7:50:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	30/11/2024 11:59:00 PM <small>((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)</small>	ROSA MARYLU CRUZ GARZON	8

[Ver más](#)

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