

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-22	Hasta:	2026-01-31
Nombre del Contratista:	MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA		Número de Documento:	1024572232
Correo Electrónico:	monicadiaz_101@hotmail.com		Número Telefónico:	3508161730
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado: - 242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3238-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS NAZARETH				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38NS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	186	0	12958	\$2410188	333.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2410188	DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CIENTOOCHENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-20			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 3576408	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2410188	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2811886	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 2008490	80
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1166220	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
2	FEBRERO	\$ 2410188		
3	MARZO	\$ 2410188		
4	ABRIL	\$ 2410188		
5	MAYO	\$ 2410188		
6	JUNIO	\$ 2410188		
7	JULIO	\$ 2410188		
8	AGOSTO	\$ 2410188		
9	SEPTIEMBRE	\$ 2410188		
10	OCTUBRE	\$ 2410188		
11	NOVIEMBRE	\$ 2410188		
12	DICIEMBRE	\$ 2410188		
13	ENERO	\$ 2410188		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 19281504		\$ 30088476	\$ 30088476	\$ 0
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.	--realizar actividades según protocolo de establecidos actividades según lo requiera el servicio atención de urgencias toma de signosvital es inyectología	---registro de HC HC214 Consentimiento informado	
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.	--Educación en las visitas domiciliarias a crónicos y demás población demanda inducida a los servicios consultorio dinamizador acompañamiento a los talleres de crónico extra murales entrega de medicamentos y convocatoria de citas manejo y actualización de datos de pacientes crónicos	---registro de historia clínica consentimiento informado formato 12 crónico formato 12 y base de datos	
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).	-Atención y cuidados de enfermería a los pacientes del servicio de urgencias consulta externa actividades de esterilización de los servicios de odontología y procedimientos y visitas domiciliarias según requiere los servicios de medicina y enfermería turno asistencial entre semana semana extra de 9 a 7 pm e intranural de 7 a 5 pm	-registro de historia clínica formato 12 consentimiento informado base de crónicos	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Registro de historia clínica de acuerdo a los procedimientos realizados consentimiento informado según el procedimiento a realizar formato 12 crónico base de datos de población crónica y seguimiento a laboratorios y consulta Retroalimentación d ventas de alto costo revisión y seguimiento de bases de citología de la unidad de flora así como agendamiento	-registro de historia clínica formato 12 de crónicos consentimiento informado bases de datos
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	---realizar educación a las familias diligenciamiento a las encuestas lavado de manos acompañamiento al cuidado de las familias educación a los usuarios sobre salidas de emergencia y punto de encuentro en caso de una emergencia hacer parte del grupo de brigadistas	-Historia clínica HC214 12 encuestas digitales formato 13
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-actividades de esterilización de odontología y procedimientos , limpieza y desinfección de los servicios y capacitación a la población para convocatoria en ruta de la salud turno asistencial acompañamiento a los médicos y jefes de enfermería a realizar visitas domiciliarias seguimiento a gestantes crónicos ayuda a entrega de medicamentos pendiente y entrega de medicamentos	--historia clínica Hc214 formato 12

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	\$ 2410188
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	DICIEMBRE	2026	01	09	9496949363	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CIENTOCHENTA Y OCHOPESES			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 964075	\$ 154252	\$ 227800
Salud					SÁNTAS		\$ 120509	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 23485	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 279793	\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	26436012691		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA		2026-01-22 08:53:59		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-01-24 12:27:02		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-01-28 09:45:22		
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		2026-02-19 13:58:06		

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.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
 www.subredsur.gov.co
 Teléfono 7300000 Ext 26017
 © Siasur - 2026

- 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		
CTO 3228- 2025.pdf (Archivado)	CTO 3228- 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 3238-2025 ENERO 2025.pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 ENERO 2025...pdf	CTO 3238-2025 ENERO 2025...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CARNET DE VACUNAS.pdf	CARNET DE VACUNAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ANTICUERPOR HEPATITIS B.pdf	ANTICUERPOR HEPATITIS B.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> EXAMEN VISUAL.pdf	EXAMEN VISUAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 FEBRERO 2025.pdf	CTO 3238-2025 FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 MARZO 2025.pdf	CTO 3238-2025 MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 ABRIL 2025.pdf	CTO 3238-2025 ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf	CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 3238-2025 JUNIO 2025.pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 3238-2025 JUNIO 2025 (2).pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 JUNIO 2025 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 JUNIO 2025...pdf	CTO 3238-2025 JUNIO 2025...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 JULIO 2025.pdf	CTO 3238-2025 JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 AGOSTO 2025.pdf	CTO 3238-2025 AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 OCTUBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 NOVIEMBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 DICIEMBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024572232		DIAZ MOLINA MONICA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda santa	CABRERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2071265978	9496949363	I	2026/01/09	2026/01/09	NEQUI	0	\$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
Ciudad: CABRERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0
1	CC	1024572232	DIAZ MONICA	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$34,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024572232		DIAZ MOLINA MONICA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda santa	CABRERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	2071265978	9496949363	I	2026/01/09	2026/01/09	NEQUI	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	