Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-01-01	**Hasta:**	2026-01-30	
Nombre del Contratista:	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO		**Número de Documento:**	1011110406	
Correo Electrónico:	yoselin-9@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3209547691	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5999-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS DANUBIO AZUL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	186	0	10034	$1866324	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1866324**	**UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-06-20		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 3325268	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 1866324	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 2177378	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	$ 1555270	80

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 401360

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	JULIO	$ 1866324
3	AGOSTO	$ 1866324
4	SEPTIEMBRE	$ 1866324
5	OCTUBRE	$ 1866324
6	NOVIEMBRE	$ 1866324
7	DICIEMBRE	$ 1866324
8	ENERO	$ 1866324

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4541388	**$ 13465628**	**$ 13465628**	**$ 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	- TIEMPO COMPLETO POR PRESTACIÓN DE SERVICIO APOYANDO Y GESTIONANDO AGENDAMIENTO DE CITAS	- AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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.	- BRINDAR INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL USUARIO SOBRE SU ESTADO DE SALUD ACORDE CON LA GPC INSTITUCIONAL	- REGISTROS CLÍNICOS DINÁMICA GERENCIAL
3	Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	- REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA TODA LA INFORMACION COMO SON PROCEDIMIENTOS, CUIDADOS DE ENFERMERIA DE FORMA VERAZ SECUENCIAL COHERENTE LEGIBLE Y CLARA.	- REGISTROS CLÍNICOS DINÁMICA GERENCIAL
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	- CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	- CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	- CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	- APORTES PARA ACTUALIZACIÓN DE GPC FORMATOS INSTITUCIONALES.
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	- DIRECCIONAR A LOS USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS O RUTAS QUE REQUIEREN DE ACUERDO A NECESIDAD.	- DIRECCIONAR LOS USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS O RUTAS QUE REQUIEREN DE ACUERDO A NECESIDAD.

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	DICIEMBRE	2026	01	05	9496752373	-		$ 1866324
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		NUEVA EPS		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550005000379676

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-01-20 15:16:02
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-01-20 19:59:18
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2026-01-23 16:44:32
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	2026-02-16 14:39:21

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

© 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		
☐	ARL SURA 1011110406 CTO 5999-2025.pdf	ARL SURA 1011110406 CTO 5999-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Junio - Contrato No.5999-2025.pdf	Cuenta de Junio - Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Julio - Contrato No.5999-2025.pdf	Cuenta de Julio - Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de Agosto - Contrato No.5999-2025.pdf (Archivado)	Cuenta de Agosto - Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de Agosto - Contrato No.5999-2025 (1).pdf (Archivado)	Cuenta de Agosto - Contrato No.5999-2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta de Agosto- Contrato No.5999-2025.pdf (Archivado)	Cuenta de Agosto- Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Agosto- Contrato No.5999-2025 (1).pdf	Cuenta de Agosto- Contrato No.5999-2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Septiembre-Contrato No.5999-2025.pdf	Cuenta de Septiembre-Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Octubre -Contrato No.5999-2025.pdf.pdf	Cuenta de Octubre -Contrato No.5999-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Noviembre -Contrato No.5999-2025.pdf	Cuenta de Noviembre -Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Diciembre -Contrato No.5999-2025.pdf	Cuenta de Diciembre -Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1011110406		ROZO ALVARADO MAITE YOSELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 64 sur #16b-10 Barrio Mexico	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209547691	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	2055838826	9496752373	I	2026/01/05	2026/01/05	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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1011110406 ROZO MAITE	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1011110406		ROZO ALVARADO MAITE YOSELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 64 sur #16b-10 Barrio Mexico	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209547691	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	2055838826	9496752373	I	2026/01/05	2026/01/05	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500