

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-02-01	Hasta:	2026-02-28	
Nombre Contratista:	del	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO		Número de Documento:	1011110406
Correo Electrónico:	yoselin-9@hotmail.com			Número Telefónico:	3209547691
Nombre Supervisor:	del	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado: - 242-27

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1868-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	295
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	186	0	12620	\$2347320	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2347320	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 2347320	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11736600	\$ 11736600	\$ 2347320	\$ 9389280

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

1	Prestar servicios de apoyo asistencial en calidad de Auxiliar de Enfermería, de manera autónoma y conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	- TIEMPO COMPLETO POR PRESTACIÓN DE SERVICIO APOYANDO Y GESTIONANDO AGENDAMIENTO DE CITAS.	- AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
2	Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	- BRINDAR INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL USUARIO SOBRE SU ESTADO DE SALUD ACORDE CON LA GPC INSTITUCIONAL	-REGISTROS CLÍNICOS DINÁMICA GERENCIAL
3	Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos de Enfermería, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-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 técnicamente la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios relacionados con el servicio.	-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
5	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	-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	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	- 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	\$ 1866324
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9498006184	-		
2026	ENERO	2026	02	11				
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	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281700
Salud					NUEVA EPS		\$ 218863	\$ 220100
ARL				3	SURA		\$ 42652	\$ 43000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 544800

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

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-02-23 12:14:56
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-02-24 11:51:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-02-24 12:48:18
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-02-24 12:51:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-02-24 17:39:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2026-02-26 15:00:44
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	2026-03-11 13:06:47

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

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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
	Cuenta de Enero -Contrato No.1868-2026.pdf (Archivado)	Cuenta de Enero -Contrato No.1868-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Enero -Contrato No.5999-2025.pdf	Cuenta de Enero -Contrato No.5999-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

BorrarCargar 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 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	Valor
2026-01	2026-01	55390992	9498006184	I	2026/02/03	2026/02/11	NEQUI	\$544,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	
1	CC	1011110406	ROZO MAITE	230201	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS037	30	\$1,750,905	\$218,900		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0	

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	Valor
2026-01	2026-01	55390992	9498006184	I	2026/02/03	2026/02/11	NEQUI	\$544,800

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$280,200	\$1,500	\$0	\$281,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$218,900	\$1,200	\$0	\$220,100
TOTAL				1	\$541,800	\$3,000	\$0	\$544,800