

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-02-01	<b>Hasta:</b>	2026-02-28
<b>Nombre del Contratista:</b>	MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA		<b>Número de Documento:</b>	1024572232
<b>Correo Electrónico:</b>	monicadiaz_101@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3508161730
<b>Nombre del Supervisor:</b>	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	<b>Cargo:</b>	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	<b>Código Grado:</b> - 242-27

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1844-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	295
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ				

**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	15112	\$2810832	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2810832</b>	<b>DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-01	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 2810832	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14054160	\$ 14054160	\$ 2810832	\$ 11243328

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

1	<p>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.</p>	<p>--realizar actividades según protocolo de establecidos actividades según lo requiera el servicio atención de urgencias toma de signos vitales inyectología</p>	<p>--registro de HC HC214 Consentimiento informado</p>
2	<p>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.</p>	<p>-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</p>	<p>--registro de historia clínica consentimiento informado formato 12 crónico formato 12 y base de datos</p>
3	<p>Apoyar el registro de la información correspondiente a la atención brindada, incluyendo la intervención realizada y el plan de cuidados de Enfermería, de forma integral, secuencial, clara y oportuna, simultánea o inmediatamente después de la prestación del servicio, conforme a la normatividad vigente, en especial la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.</p>	<p>-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</p>	<p>--registro de historia clínica formato 12 consentimiento informado base de crónicos</p>
4	<p>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.</p>	<p>-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</p>	<p>--registro de historia clínica formato 12 de crónicos consentimiento informado bases de datos</p>
5	<p>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.</p>	<p>--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</p>	<p>-Historia clínica HC214 12 encuestas digitales formato 13</p>
6	<p>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</p>	<p>--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, procedimientos de enfermería</p>	<p>-historia clínica Hc214 formato 12</p>

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				
2026	ENERO	2026	02	20	9498412301	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 282200
Salud					SÁNTITAS		\$ 218863	\$ 220500
ARL				3	SURA		\$ 42652	\$ 43000
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 545700</b>
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		2026-02-22 14:17:55	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-02-22 19:37:39	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA		2026-02-26 14:58:03	
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 13:53:34	

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

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

### Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CTO 3228- 2025.pdf (Archivado)	CTO 3228- 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 ENERO 2025.pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 ENERO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 3238-2025 ENERO 2025...pdf	CTO 3238-2025 ENERO 2025...pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CARNET DE VACUNAS.pdf	CARNET DE VACUNAS.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> ANTICUERPOR HEPATITIS B.pdf	ANTICUERPOR HEPATITIS B.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

		Editar			
<input type="checkbox"/>	EXAMEN VISUAL.pdf	EXAMEN VISUAL.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 FEBRERO 2025.pdf	CTO 3238-2025 FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 MARZO 2025.pdf	CTO 3238-2025 MARZO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 ABRIL 2025.pdf	CTO 3238-2025 ABRIL 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf	CTO 3238-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	CTO 3238-2025 JUNIO 2025.pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 JUNIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
	CTO 3238-2025 JUNIO 2025 (2).pdf (Archivado)	CTO 3238-2025 JUNIO 2025 (2).pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 JUNIO 2025..pdf	CTO 3238-2025 JUNIO 2025..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 JULIO 2025.pdf	CTO 3238-2025 JULIO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 AGOSTO 2025.pdf	CTO 3238-2025 AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 OCTUBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 NOVIEMBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 DICIEMBRE 2025.pdf	CTO 3238-2025 DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CTO 3238-2025 ENERO 2026..pdf	CTO 3238-2025 ENERO 2026..pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

## Datos guardados

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
2026-01	2026-01	78700777	9498412301	I	2026/02/09	2026/02/20	NEQUI	11	\$545,700

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
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: CABRERA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	1024572232	DIAZ MONICA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$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 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
2026-01	2026-01	78700777	9498412301	I	2026/02/09	2026/02/20	NEQUI	11	\$545,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$2,000	\$0	\$282,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$2,000	\$0	\$282,200	
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	\$1,600	\$0	\$220,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,600	\$0	\$220,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$541,800</b>	<b>\$3,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$545,700</b>	