

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

<b>Periodo Certificar:</b>	<b>a</b>	<b>Desde:</b>	2026-02-01	<b>Hasta:</b>	2026-02-28
<b>Nombre Contratista:</b>	<b>del</b>	DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA		<b>Número de Documento:</b>	1033783061
<b>Correo Electrónico:</b>		DEISYHURTADO340@GMAIL.COM		<b>Número Telefónico:</b>	3222230322
<b>Nombre Supervisor:</b>	<b>del</b>	MARIO JAIR GARZON JARA	<b>Cargo:</b>	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	<b>Código Grado:</b> - 230

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1446-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	111
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS CANDELARIA I				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
O02NS	OFICINA PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	DE SAN JUAN DE SUMAPAZ	186	0	15112	\$2810832	97.2%
<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>	2026-01-16	<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	ENERO	\$ 1166250	
2	FEBRERO	\$ 2810832	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 16100470		\$ 16100470	\$ 3977082	\$ 12123388
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	.Realizar divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	-Orientacion e informacion		--19 planillas socializacion
2	. Realizar agendamiento de los usuarios que requieran el servicio de ruta de la salud.	--Programacion usuarios en ruta de la salud		-10 pacientes programados
3	Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera,contribuyendo a la medición de la experiencia del usuario y al mejoramiento continuo del servicio.	-Escuestas de satisfaccion		-25 encuestas de satisfaccion
4	Registrar en el aplicativo SI CUENTANOS las sensibilizaciones a los usuarios.	--orientacion e infomacion		-- 30 registros sidma
5	Participar en las reuniones en las cuales sean convocados y desarrollar las capacitaciones propuestas por la Subred Sur.	-Reunion y actividades delegadas por el jefe inmediato o supervisor		-- listados asistencia

**INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL**

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de Mes Anterior	\$ 1166250
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	6004030834	-		
2026	ENERO	2026	02	24				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras **UN MILLON CIENTOSESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CINCUENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 282200
Salud		FAMISANAR		\$ 218863	\$ 220500
ARL	4	SURA		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación	NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 502700</b>

**INFORMACIÓN DE PAGO**

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4500201688
------------------	-----------------------	----------------	---------	------------------	------------

**HISTÓRICO**

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA	2026-02-23 10:38:31
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIO JAIR GARZON JARA	2026-02-23 15:06:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA	2026-02-24 09:11:33
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIO JAIR GARZON JARA	2026-02-24 09:26:57
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA	2026-02-24 12:28:36
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIO JAIR GARZON JARA	2026-02-24 14:00:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DEISY PATRICIA HURTADO GARCIA	2026-02-24 14:23:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIO JAIR GARZON JARA	2026-02-24 14:54:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-02-27 13:47:54
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 14:24:50

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Garzon Jara', is centered on the page. The signature is fluid and cursive.

**MARIO JAIR GARZON JARA**  
**JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y**  
**SERVICIO AL CIUDADANO**