



| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA         | COTIZANTE | ING | RET | TAE | TASP | VST | SLNE | IGL | LVAC | AVCT | IRP | CORRECCION | DÍAS | IBC        | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO      | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXFOLIO |
|--------|-------------------------------|-----------|-----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|------|-----|------------|------|------------|---------------|-----------------------|-----------------|------------------|--------------|--------------------|---------------|---------|
| 14-11  | ARL SURA                      | 57        |     |     |     |      |     |      |     |      |      | 0   |            | 30   | \$1,750.05 | 0.02436       | \$42,700              | \$0             | \$0              | Enero - 2026 | 49817568           | 10/02/2026    | N       |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 57        |     |     |     |      |     |      |     |      |      | 0   |            | 30   | \$1,750.05 | 0.16000       | \$280,200             | \$0             | \$0              | Enero - 2026 | 49817568           | 10/02/2026    | N       |
| EP5002 | Salud Total EPS               | 57        |     |     |     |      |     |      |     |      |      | 0   |            | 30   | \$1,750.05 | 0.12500       | \$218,900             | \$0             | \$0              | Enero - 2026 | 49817568           | 10/02/2026    | N       |

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información



## Resumen de pago

### Descripción de compra

MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

### Tienda

COMPENSAR-OI

### Estado de la transacción

Transacción exitosa

### Fecha de la transacción

10 de febrero de 2026 a las 1:43 p. m.

### CUS

52208847

### ¿Cuánto?

\$ 544.000,00

### Factura de comercio

49817568

### Tu plata salió de:



Disponible

Listo





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

**CARMEN ANDREA PACHECO ARCHILA**

**1094169608**

Cumplió satisfactoriamente con la:  
**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**

Para constancia se expide:

22 de febrero de 2026

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

|                          |
|--------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORME</b> |
|--------------------------|

|                         |                               |            |                      |                 |        |
|-------------------------|-------------------------------|------------|----------------------|-----------------|--------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                        | 2026-02-02 | Hasta:               | 2026-02-28      |        |
| Nombre del Contratista: | CARMEN ANDREA PACHECO ARCHILA |            | Número de Documento: | 1094169608      |        |
| Correo Electrónico:     | andr.3a2210@gmail.com         |            | Número Telefónico:   | 3123190585      |        |
| Nombre del Supervisor:  | IRENE GUERRA LEGUIZAMON       | Cargo:     | ENFERMERO            | Código - Grado: | 243-09 |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> |
|---------------------------|

|                               |                                      |               |      |                       |     |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 3257-2026                            | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 294 |
| Perfil:                       | AUXILIAR EN ENFERMERIA               |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNAL                            |               |      |                       |     |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|---------------------------------|

| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                                        | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
|------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| I20CGME                      | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN                                                   | 156          | 36                       | 13900      | \$2668800 | 107.3%                        |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2668800                           | DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS |              |                          |            |           |                               |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |
|--------------------------------------------|

|                                     |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2026-02-02          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             | \$ 2668800                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 12861900                | \$ 12861900              | \$ 2668800       | \$ 10193100        |

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

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                           |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Desarrollar actividades de apoyo asistencial propias del perfil de auxiliar de enfermería, conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., y en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.                                                                                                                                        | -APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS                                | -HISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES                                                                                                                     |
| 2 | Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a los usuarios, sus familias y la comunidad, según el contexto asistencial en el que se desarrollen las actividades contratadas.                                                                                                                                                                                                                                          | -EJECUTAR TRATAMIENTOS, INYECTOLOGIA, VENO PUNCIONES, CURACIONES, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS | -EJECUTAR TRATAMIENTOS, INYECTOLOGIA, VENO PUNCIONES, CURACIONES, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS |
| 3 | Registrar de manera completa, veraz y oportuna la información relacionada con las intervenciones realizadas, el plan de cuidados de enfermería y la evolución del paciente, en la historia clínica o en los registros institucionales definidos para tal fin, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o las autoridades competentes, e informar oportunamente al equipo asistencial las variaciones relevantes en la condición del paciente. | -APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS                                | -HISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES                                                                                                                     |
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos de enfermería, asegurando su correcta utilización, incluido el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                 | -APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS                                | -ISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES                                                                                                                      |
| 5 | Contribuir al proceso de alta temprana del paciente, mediante el fortalecimiento de conocimientos dirigidos al paciente y su familia en promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos derivados del tratamiento y de las recomendaciones médicas, dejando los registros correspondientes en la historia clínica y en los documentos institucionales dispuestos para ello.                                                                                                                                                                      | -APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS                                | -HISTORIA DE LOS USUARIOS ATENDIDOS                                                                                                                                       |
| 6 | Desarrollar las demás actividades de apoyo asistencial propias del perfil contratado, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de los servicios hospitalarios, conforme a la supervisión del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | -SUPERVISION DEL JEFE DEL SERVICIO                                                                                                                                        | -SUPERVISION DEL JEFE DEL SERVICIO                                                                                                                                        |

| 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            | 49817568                                                  | -                          |                                                  | \$ 2073420          |  |
| 2026                                                                                                                                   | ENERO                 | 2026          | 02  | 10             |                                                           |                            |                                                  |                     |  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |     |                | DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS |                            |                                                  |                     |  |
| Item                                                                                                                                   |                       |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                   | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |  |
| Pensionado                                                                                                                             |                       |               |     | NO             | PROTECCIÓN                                                | \$ 1692541.5               | \$ 270807                                        | \$ 280200           |  |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |     |                | SALUD TOTAL                                               |                            | \$ 211568                                        | \$ 218900           |  |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |     | 3              | SURA                                                      |                            | \$ 41230                                         | \$ 42700            |  |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |     | NO             |                                                           | Total                      | \$ 491210                                        | \$ 541800           |  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |     |                |                                                           |                            |                                                  |                     |  |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                   | Número de Cuenta           | 0550008600862190                                 |                     |  |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |     |                |                                                           |                            |                                                  |                     |  |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |     |                | USUARIO                                                   |                            |                                                  | FECHA               |  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |     |                | CARMEN ANDREA PACHECO ARCHILA                             |                            |                                                  | 2026-02-23 20:48:52 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |     |                | CARMEN ANDREA PACHECO ARCHILA                             |                            |                                                  | 2026-02-23 20:53:51 |  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |     |                | IRENE GUERRA LEGUIZAMON                                   |                            |                                                  | 2026-02-24 16:10:27 |  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |     |                | EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA                               |                            |                                                  | 2026-02-26 12:24:57 |  |
| 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 14:36:45 |  |
| 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 14:36:45 |  |

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.

*Irene Guerra*

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