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:**	2026-02-06	**Hasta:**	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		**Número de Documento:**	53017308	
Correo Electrónico:	mimary85@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3002578657	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2936-2026	**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				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I20GTTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	168	60	13900	$3169200	147.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3169200**	**TRES MILLONES CIENTOSESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-06	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 3169200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12861900	**$ 12861900**	**$ 3169200**	**$ 9692700**

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

© Siasur - 2026

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.	--cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio	-historia clinica
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.	-aplicación de los protocolos guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades del cuidado de los pacientes atendidos	-historia clinica
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 normativa 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.	-ejecutar tratamientos inyecto logia venopunciones curaciones toma de muestras de laboratorio según normas y protocolos establecidos lista de chequeo de infecciones	--lista de chequeo de infeccion
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.	--registro clatro corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería	--lista de chequeo
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	--realización de la entrega y recibo de turno según programación cumpliendo protocolo instituciona	--historia clínica
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.	-realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales control de líquidos y órdenes de enfermería	--historia clínica

© Siasur - 2026

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	$ 1508989
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	57736393	-		
2026	ENERO	2026	02	25				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON QUINIENTOS OCHO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVEPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1459087.5	$ 233454	**$ 284200**
Salud		SALUD TOTAL		$ 182386	**$ 222000**
ARL	3	SURA		$ 35543	**$ 43300**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 423456**	**$ 549500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800307979

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	2026-02-24 08:14:38
RECHAZADO SUPERVISOR	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-02-24 19:48:36
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	2026-02-25 19:51:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-02-26 09:56:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2026-02-27 09:46:20
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 12:23:18

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.

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

© 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

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		
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES JUNIO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES JUNIO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE CATIVIDADES JULIO CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE CATIVIDADES JULIO CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES OCTUBRE CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES OCTUBRE CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES NOVIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES NOVIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES DICIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES DICIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53017308	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	Carrera 18 a # 60f23 sur	3012690976	mimary85@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/02/2026	57736393	$585.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	22	3.100	0	222.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	22	4.000	0	284.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	22	600	43.300			427	43.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	22	500	35.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	22	0	0	0
ICBF				
0	22	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	222.000
Pensión	1	280.200	284.200
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	1	35.100	35.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	585.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53017308	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		Carrera 18 a # 60f23 sur	3012690976	mimary85@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/02/2026	57736393	$585.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53017308	CASTRO HERNANDEZ MERILYN AMALFY	59	0			N																	231001	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	218.900	14-11	1.750.905	3	42.700	CCF24	1.750.905	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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