

**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>	2026-04-01	<b>Hasta:</b>	2026-04-30			
<b>Nombre Contratista:</b>	del	MONICA YESENIA CARRILLO SALAZAR	<b>Número de Documento:</b>	1013604385			
<b>Correo Electrónico:</b>	monikcarrillo9@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3228862821			
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	<b>Código Grado:</b>	-	009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3470-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	303
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
L02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	186	6	13900	\$2668800	103.7%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2668800	<b>DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS</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	\$ 2585400	
2	MARZO	\$ 2627100	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
\$ 12861900	\$ 12861900	\$ 5212500	\$ 7649400

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
<p>1</p> <p>1. Prestar los servicios propios del perfil de Auxiliar de Enfermería, conforme a la Lex Artis y a las necesidades del servicio definidas por LA SUBRED SUR E.S.E., 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 normativa vigente aplicable.</p>	<p>-Atención a todos los pacientes que requieran de nuestro servicio</p>	<p>-Procurar que no hayan PQR para responder en el servicio</p>
<p>2</p> <p>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, de acuerdo con los lineamientos institucionales.</p>	<p>-Estar actualizados con todos los cursos, protocolos y formatos que deban diligenciarse en el servicio. Lavado de manos siguiendo los pasos, uso de los EPP, socializar con los compañeros del servicio y familiares.</p>	<p>--Diplomas de cursos, firma de asistencia a cursos, firma planillas uso EPP</p>

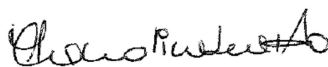
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
<p>3</p> <p>3. Registrar de manera oportuna, veraz y completa en la historia clínica la información correspondiente a las intervenciones realizadas y al plan de cuidados de enfermería, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes (Resoluciones 1995 de 1999, 839 de 2017 o aquellas que las modifiquen o sustituyan), e informar oportunamente al profesional de enfermería y/o al médico tratante sobre cualquier cambio relevante en el estado o evolución del paciente.</p>	<p>--Describir detalladamente el procedimiento realizado por el médico especialista en las notas de enfermería, así como los cuidados durante y después del procedimiento, actuando con ética y pulcritud ante el paciente e informar al servicio tratante de casos críticos o urgentes.</p>	<p>-En Dinámica se escriben las notas de enfermería y en Excel se diligencia base de datos de casos críticos.</p>
<p>4</p> <p>4. Participar en la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos de enfermería, asegurando su adecuada observancia, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando sea pertinente, y el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.</p>	<p>--Diligenciar y socializar con el equipo de trabajo la realización de protocolos de limpieza y desinfección, entregas de turnos, consentimientos informados. Dichos formatos deben ser realizados a diario y en la oportunidad (consentimientos informados) que lo requiera según el procedimiento.</p>	<p>--Quedan en físico los consentimientos informados y en el correo de archivo de referente de gestión documental (correocertificado@subredsur.gov.co/referentegestiondocumental@subredsur.gov.co)</p>

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
<p>5</p> <p>5. Apoyar el proceso de alta temprana, mediante el fortalecimiento de los conocimientos del paciente y su familia en promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos conforme al tratamiento instaurado y las recomendaciones médicas, dejando el respectivo registro en la historia clínica y/o en los documentos institucionales dispuestos para tal fin.</p>	<p>--Socializar con los pacientes y familiares los protocolos de bioseguridad con los que se atiende el paciente, también de los cuidados posteriores al procedimiento de acuerdo a la indicación del médico especialista. Este procedimiento se deja escrito en el procedimiento adjuntado a la historia clínica.</p>	<p>-En Dinámica se escriben los procedimientos con los cuidados respectivos para cada paciente.</p>
<p>6</p> <p>6. Ejecutar las demás actividades propias del perfil, directamente relacionadas con el objeto contractual, que contribuyan al cumplimiento y fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E.</p>	<p>-Siempre estar en pro del paciente y cumplir sus necesidades, brindando atención humana. Trabajar en equipo y estar dispuestas a resolver las necesidades que el médico especialista requiera para llevar a cabo de manera óptima el trabajo, siempre en pro del paciente.</p>	<p>--Se llevan a cabo el diligenciamiento de todos los formatos y también en Dinámica.</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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9502438581	-	\$ 2627100	
2026	MARZO	2026	04	15				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL CIENPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SURA		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 541800</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	15413532911	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO	FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MONICA YESSENIA CARRILLO SALAZAR	2026-04-20 14:32:40		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-04-20 17:08:22		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-04-22 11:18:32		

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.



**MARIA CAROLINA LEAL APONTE**  
**DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1013604385		CARRILLO SALAZAR MONICA YESSSENIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 46b sur # 13J 18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3228862821	SI	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Dias	Mora	Valor
2026-03	2026-03	1000000437	9502438581	I	2026/04/22	2026/04/15	BANCO DE BOGOTA	0	\$576,900

## 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		
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 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			\$ 1,750,905	\$35,100				\$ 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			\$ 1,750,905	\$35,100				\$ 1,750,905	\$42,700			\$ 0	\$0
1	CC 1013604385	CARRILLO MONICA	25-14	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS071	30	\$1,750,905	\$218,900	CCE721	30	\$1,750,905	\$35,100	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	30		\$42,700	\$0	
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$ 1,750,905	\$280,200			\$ 1,750,905	\$218,900			\$ 1,750,905	\$35,100			\$ 1,750,905	\$42,700			\$ 0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante
CC 1013604385		CARRILLO SALAZAR MONICA YESENIA	INDEPENDIENTE
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo	Clave	Tipo	Fecha
Pensión	Pago	Planilla	Limite
2026-03	1000000437	9502438581	2026/04/22
Sucursal Principal		Banco	
PRINCIPAL		BANCO DE BOGOTA	
Direccion		Ciudad-Departamento	
diagonal 46b sur # 13J 18		BOGOTA-BOGOTA D.E.	
Telefono		Exonerado SENNA e ICBF	
3228862821		SI	

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2026-03	1000000437	I	2026/04/22	2026/04/15	0	\$576,900

RESUMEN DE PAGO		CODIGO		NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
COLPENSIONES		25-14		900,336,004	7	1	\$280,200	\$0	\$0	\$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
ARL SURA		14-11		890,903,790	5	1	\$42,700	\$0	\$0	\$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
COLSUBSIDIO		CCFZ2		860,007,336	1	1	\$35,100	\$0	\$0	\$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
FAMISANAR		EPS017		830,003,564	7	1	\$218,900	\$0	\$0	\$218,900
<b>TOTAL</b>						<b>1</b>	<b>\$576,900</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$576,900</b>

- 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

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

Porcentaje
  Recepción de artículos

### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?  Sí  No

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
<input type="button" value="Crear"/>					

### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	Hoja de vida-1.pdf	Hoja de vida-1.pdf	Proveedor <input type="button" value="Descargar"/> <input type="button" value="Detalle"/>
<input type="checkbox"/>	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	DIPLOMA AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	Proveedor <input type="button" value="Descargar"/> <input type="button" value="Detalle"/>
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Febrero Contrato No. 3470-2028 - Monica Carrillo.pdf	Cuenta de Febrero Contrato No. 3470-2028 - Monica Carrillo.pdf	Proveedor <input type="button" value="Descargar"/> <input type="button" value="Detalle"/>
<input type="checkbox"/>	Cuenta de Marzo Contrato No. 3470-2028 - Monica Carrillo.pdf	Cuenta de Marzo Contrato No. 3470-2028 - Monica Carrillo.pdf	Proveedor <input type="button" value="Descargar"/> <input type="button" value="Detalle"/>



718aecb5-a182-4696-a845-a1cc616500cd

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de Salud

certifica que:

***Monica Yessenia Carrillo***

ha participado y aprobado el Curso

**Diagnóstico y manejo clínico**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud

Elaborado por: Oficina de Evaluación y Acreditación

xpD6moVygm



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

**MONICA YESENIA CARRILLO SALAZAR**

**1013604385**

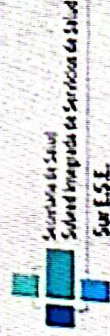
Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## **ADMINISTRACION DEL RIESGO**

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

7 de abril de 2026



**SMARCSUR**

**BOGOTÁ**



# SUBRED INT SERVICIOS DE S

## ENCUESTA DE MOVILIDAD: HUELLA DE CARBONO - EJE RESPONSABILIDAD SOCIAL

No

Preg

Nº

Preg

Con

Preg

ENCUESTA DE  
MOVILIDAD: HUELLA DE  
CARBONO - EJE  
RESPONSABILIDAD  
SOCIAL

Se registró la información con éxito

Aceptar

¿Cuál es su sexo asignado al nacer?



Pregunta requerida

¿Con cuál identidad de género se identifica actualmente?

