

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-04-01	Hasta:	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	MARIA YOLANDA CAMELO REYES		Número de Documento:	51639753	
Correo Electrónico:	mayo.camelo@gmail.com		Número Telefónico:	3124475309	
Nombre del Supervisor:	IVAN CADENA GRANDAS	Cargo:	JEFE OFICINA CALIDAD	Código - Grado:	006-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1460-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	107
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE CALIDAD				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
T10SA	OFICINA DE CALIDAD	ADMINISTRATIVA	\$5569200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5569200	CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
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	\$ 5569200	
2	MARZO	\$ 5569200	
3	ABRIL	\$ 5569200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 31001880	\$ 31001880	\$ 16707600	\$ 14294280

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

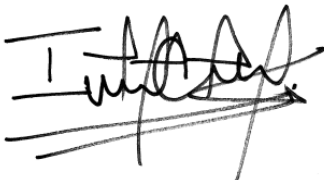
1	Brindar lineamientos y orientaciones técnicas especializadas al equipo humano vinculado al programa de humanización, mediante el diseño y aplicación de esquemas de sensibilización con enfoque psicológico y/o social, orientados al fortalecimiento de la cultura del buen trato y la humanización, sin que ello implique ejercicio de autoridad jerárquica o subordinación laboral.	Se realizaron orientaciones técnicas al equipo de humanización mediante sesión de sensibilización con enfoque psicológico y social para abordaje individual y grupal en sedes	Acta con equipo
2	Prestar apoyo técnico y funcional específico en las actividades de capacitación que se desarrollen en las Unidades de Servicio de Salud, de acuerdo con las necesidades identificadas en el marco del programa de humanización, conservando autonomía en la metodología aplicada.	Se organizó el plan de trabajo para las sedes programadas orientado la estructuración metodológica de las actividades de humanización	Matriz de abordaje sedes
3	Coordinar técnicamente el desarrollo de las actividades asociadas al Eje de Humanización dentro del Sistema Único de Acreditación, mediante la elaboración de insumos, propuestas y productos técnicos, sin asumir funciones directivas o administrativas permanentes de la Entidad.	Se diseñaron presentaciones sobre el subproceso de humanización alineadas con el eje institucional para su socialización en las diferentes sedes Asimismo se participó activamente en las mesas de acreditación.	Presentaciones derechos humanos comunicación no violenta y lenguaje claro listas
4	Diseñar, analizar y presentar los resultados de los indicadores de humanización, como producto técnico de seguimiento y evaluación, incluyendo la formulación de recomendaciones orientadas al mejoramiento continuo.	Se registró en el aplicativo ALMERA el cumplimiento de los indicadores institucionales de humanización	Registro ALMERA
5	Formular y desarrollar acciones técnicas específicas orientadas al acompañamiento emocional, manejo espiritual, aplicación del código de ética, abordaje del dolor y atención a grupos especiales, conforme al plan de trabajo aprobado, sin que ello implique atención asistencial directa ni funciones misionales permanentes.	Se consolidó el informe mensual de atención humanizada correspondiente al mes de abril de humanizarte y artesanos de sonrisas	Informes abril
6	Participar de manera puntual y no permanente en espacios institucionales definidos para la divulgación y promoción de la política de humanización y su programa, con fines exclusivamente técnicos y de articulación.	Se participó en el proceso de referenciación Nuestra Señora de las Mercedes de Funza	Presentación humanización
7	Elaborar de manera conjunta las fichas técnicas de los indicadores de cumplimiento de procesos, aportando análisis especializados de la información disponible, con el fin de identificar acciones de mejora que serán evaluadas y adoptadas anualmente por la Entidad.	Se realizó de forma articulada con acreditación la revisión de los indicadores del subproceso de humanización y se actualizaron	Reporte ALMERA
8	Elaborar y presentar oportunamente informes de gestión y/o de desarrollo de actividades específicas, cuando sean requeridos por la supervisión del contrato, conforme a la programación establecida y en función de la verificación de productos y resultados.	Se realizó respuesta a requerimientos de la supersalud de visita realizada al hospital del Tunal en el servicio de urgencias	Consolidado de información de intervenciones

9	Presentar los informes técnicos y de avance que sean solicitados para el seguimiento del objeto contractual, en los términos y condiciones pactados, entendidos como mecanismos de control contractual y no de subordinación.	Se elaboró el informe del POA del primer trimestre	Informe POA primer trimestre
10	Asistir de manera ocasional a capacitaciones o reuniones institucionales, únicamente cuando guarden relación directa con el objeto contractual y con fines informativos, de articulación o socialización de resultados, sin sujeción a horarios ni dependencia funcional.	Se realizó curso la salud desde un enfoque de derechos humanos OMS	Certificado curso

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	06	716400033	-			\$ 5569200
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 2227680	\$ 356429	\$ 356500	
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 278460	\$ 278500	
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 54266	\$ 54300	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 646517	\$ 689300	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	007500915934	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MARIA YOLANDA CAMELO REYES			2026-04-19 11:35:55	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					IVAN CADENA GRANDAS			2026-04-21 10:35:52	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2026-04-21 16:05:55	
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			2026-05-11 15:44:09	

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.



IVAN CADENA GRANDAS
JEFE OFICINA CALIDAD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51639753	MARIA YOLANDA CAMELO REYES		CALLE 83 A # 116a 85 INT 159	3124475309	mayo.camel@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71640033	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$2,227,680	\$733.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	278.500	0		0		0	0	0	0	278.500	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	356.500	0	0	0	0	0	0		356.500	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	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	54.300				54.300	0	0	54.300			543	54.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	44.600	0	0	44.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	278.500	278.500
Pensión	1	356.500	356.500
Riesgos Laborales	1	54.300	54.300
CCF	1	44.600	44.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	733.900	733.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51639753	MARIA YOLANDA CAMELO REYES		CALLE 83 A # 116a 85 INT 159	3124475309	mayo.camelo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71640033	06/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$2,227,680	\$733.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Saludgo	Extranjero	Columna anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VSP	VST	SLN	UGE	UMA	SG	ANC	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 51639753	CAMELO REYES MARIA YOLANDA			59	0			N																	230201	2.227.680	30	356.500	0	0	0	0	EPS008	2.227.680	30	278.500	14-11	2.227.680	30	3	54.300	CCF24	2.227.680	30	44.600	0	0	0	0	0

PAGADA

