

**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:	MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA		Número de Documento:	1024572232
Correo Electrónico:	monicadiaz_101@hotmail.com		Número Telefónico:	3508161730
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado: - 242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1844-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	295
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38NS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	186	0	15112	\$2810832	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2810832	DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 2810832	
2	MARZO	\$ 2810832	
3	ABRIL	\$ 2810832	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14054160	\$ 14054160	\$ 8432496	\$ 5621664

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo asistencial en calidad de Auxiliar de Enfermería, de manera autónoma y conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	-realizar actividades según protocolo de establecidos actividades según lo requiera el servicio atención de urgencias toma de signos vitales inyectología	-registro de HC HC214 Consentimiento informado
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, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	-Educación en las visitas domiciliarias a crónicos y demás población demanda inducida a los servicios consultorio dinamizador acompañamiento a los talleres de crónico extra murales entrega de medicamentos y convocatoria de citas manejo y actualización de datos de pacientes crónicos	-registro de historia clínica consentimiento informado formato 12 crónico formato 12 y base de datos
3	Apoyar el registro de la información correspondiente a la atención brindada, incluyendo la intervención realizada y el plan de cuidados de Enfermería, de forma integral, secuencial, clara y oportuna, simultánea o inmediatamente después de la prestación del servicio, conforme a la normatividad vigente, en especial la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	-Atención y cuidados de enfermería a los pacientes del servicio de urgencias consulta externa actividades de esterilización de los servicios de odontología y procedimientos y visitas domiciliarias según requiere los servicios de medicina y enfermería turno asistencial entre semana semana extra de 9 a 7 pm e intranural de 7 a 5 pm	-registro de historia clínica formato 12 consentimiento informado base de crónicos
4	Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos de Enfermería, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Registro de historia clínica de acuerdo a los procedimientos realizados consentimiento informado según el procedimiento a realizar formato 12 crónico base de datos de población crónica y seguimiento a laboratorios y consulta Retroalimentación d ventas de alto costo revisión y seguimiento de bases de citología de la unidad de flora así como agendamiento	-registro de historia clínica formato 12 de crónicos consentimiento informado bases de datos
5	Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios relacionados con el servicio.	-realizar educación a las familias diligenciamiento a las encuestas lavado de manos acompañamiento al cuidado de las familias educación a los usuarios sobre salidas de emergencia y punto de encuentro en caso de una emergencia hacer parte del grupo de brigadistas	-Historia clínica HC214 12 encuestas digitales formato 13
6	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	--actividades de esterilización de odontología y procedimientos , limpieza y desinfección de los servicios y capacitación a la población para convocatoria en ruta de la salud turno asistencial acompañamiento a los médicos y jefes de enfermería a realizar visitas domiciliarias seguimiento a gestantes crónicos ayuda a entrega de medicamentos pendiente y entrega de medicamentos, procedimientos de enfermería	-historia clínica Hc214 formato 12

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	\$ 2810832	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	MARZO	2026	04	17	9501871813	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES OCHOCIENTOS DIEZ MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 281600
Salud						EPS SÁNTITAS		\$ 218863	\$ 220000
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 43000
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 508148	\$ 544600
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	26436012691			
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MONICA ESPERANZA DIAZ MOLINA		2026-04-21 14:50:28		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-04-21 15:01:12		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-04-22 12:10:55		
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 16:56:49		

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.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024572232		DIAZ MOLINA MONICA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda santa	CABRERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	232061351	9501871813	I	2026/04/10	2026/04/17	NEQUI	7	\$544,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
Ciudad: CABRERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0
1	CC	1024572232	DIAZ MONICA	230301	30	\$1,750,905	\$280,200	EPS005	30	\$1,750,905	\$218,900	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,750,905	\$42,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,750,905	\$280,200			\$1,750,905	\$218,900			\$0	\$0			\$1,750,905	\$42,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024572232		DIAZ MOLINA MONICA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	vereda santa	CABRERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	232061351	9501871813	I	2026/04/10	2026/04/17	NEQUI	7	\$544,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200	\$1,400	\$0	\$281,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200	\$1,400	\$0	\$281,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$42,700	\$300	\$0	\$43,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900	\$1,100	\$0	\$220,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$218,900	\$1,100	\$0	\$220,000	
TOTAL				1	\$541,800	\$2,800	\$0	\$544,600	



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a



Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Datos guardados

- 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
<input type="checkbox"/>	HOJA DE VIDA MONICA DIAZ.pdf	HOJA DE VIDA MONICA DIAZ.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	DIPLOMA.pdf	DIPLOMA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	1844-2026 FEBRERO.pdf	1844-2026 FEBRERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	1844-2026 MARZO 2026.pdf	1844-2026 MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >