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		
	Cuenta de Enero -Contrato No. 1868-2026.pdf (Archivado)	Cuenta de Enero -Contrato No. 1868-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1. Diploma Auxiliar de Enfermeria.pdf	1. Diploma Auxiliar de Enfermeria.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2.Hoja de vida Sideap.pdf	2.Hoja de vida Sideap.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Febrero- Contrato No.1868-2026.pdf	Cuenta de Febrero- Contrato No.1868-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Marzo- Contrato No.1868-2026.pdf	Cuenta de Marzo- Contrato No.1868-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1011110406		ROZO ALVARADO MAITE YOSELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 64 sur #16b-10 Barrio Mexico	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209547691	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	238513599	9503165726	I	2026/04/06	2026/04/20	NEQUI	14	$582,600

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			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$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	1011110406 ROZO MAITE	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1011110406		ROZO ALVARADO MAITE YOSELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 64 sur #16b-10 Barrio Mexico	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209547691	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	238513599	9503165726	I	2026/04/06	2026/04/20	NEQUI	14	$582,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$2,700	$0	$282,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$500	$0	$43,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$500	$0	$43,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$400	$0	$35,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$400	$0	$35,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$2,100	$0	$221,000
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$5,700**	**$0**	**$582,600**

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:**	2026-04-01	**Hasta:**	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO		**Número de Documento:**	1011110406	
Correo Electrónico:	yoselin-9@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3209547691	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1868-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	295
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	186	0	12620	$2347320	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2347320**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 2347320	
2	MARZO	$ 2347320	
3	ABRIL	$ 2347320	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11736600	**$ 11736600**	**$ 7041960**	**$ 4694640**

© Siasur - 2026

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.	- TIEMPO COMPLETO POR PRESTACIÓN DE SERVICIO APOYANDO Y GESTIONANDO AGENDAMIENTO DE CITAS.	-AGENDAMIENTO INSTITUCIONAL
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.	- BRINDAR INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL USUARIO SOBRE SU ESTADO DE SALUD ACORDE CON LA GPC INSTITUCIONAL	- REGISTROS CLÍNICOS DINÁMICA GERENCIAL
3	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.	-REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA TODA LA INFORMACION COMO SON PROCEDIMIENTOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE FORMA VERAZ SECUENCIAL COHERENTE LEGIBLE Y CLARA	-REGISTROS CLÍNICOS DINÁMICA GERENCIAL
4	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.	-CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	-CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
5	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	-CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS Y ADMINISTRATIVOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	-APORTES PARA ACTUALIZACIÓN DE GPC FORMATOS INSTITUCIONALES.
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	-DIRECCIONAR A LOS USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS O RUTAS QUE REQUIEREN DE ACUERDO A NECESIDAD.	-DIRECCIONAR A LOS USUARIOS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS O RUTAS QUE REQUIEREN DE ACUERDO A NECESIDAD.

© 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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9503165726	-		$ 2347320
2026	MARZO	2026	04	20				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 280200**
Salud		NUEVA EPS		$ 218863	**$ 218900**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 541800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550005000379676

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-17 08:00:19
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-04-19 15:16:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-20 09:06:45
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-21 12:19:13
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-04-23 19:07:43
RECHAZADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-04-24 12:56:48
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-24 13:42:38
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-24 13:43:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-24 13:46:00
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MAITE YOSELIN ROZO ALVARADO	2026-04-24 13:46:24

© Siasur - 2026

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2026-04-24 17:09:50
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-04-27 11:49:23
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 16:30:05

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