

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52454116	ROSA MARYLU CRUZ GARZON		Cra 3 f # 56 - 59 sur	5676245	rosacruzgarzon78@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77275959	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$549.000	

## 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	218.900	0		0		0	18	2.900	0	221.800	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	280.200	0	0	0	0	18	3.700	0	283.900	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	18	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	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	18	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	18	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	221.800
Pensión	1	280.200	283.900
Riesgos Laborales	1	42.700	43.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>541.800</b>	<b>549.000</b>





**La respuesta se ha enviado.**

Algo importante que puede hacer a continuación

**Guardar mi respuesta**

[Enviar otra respuesta](#)

Microsoft Forms

**¡Prepárese para su propia invitación al evento!**



**Comenzar ahora →**



**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>	2026-05-01	<b>Hasta:</b>	2026-05-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	ROSA MARYLU CRUZ GARZON		<b>Número de Documento:</b>	52454116
<b>Correo Electrónico:</b>	rosacruzgarzon78@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3132830432
<b>Nombre del Supervisor:</b>	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR COMPLEMENTARIOS DE	<b>Código Grado:</b> - 009 - 05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3741-2026	<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 CANDELARIA LA NUEVA				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
M06VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	171	0	12620	\$2158020	89.1%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 2158020</b>	<b>DOS MILLONES CIENTOCINCUENTA Y OCHO MIL VEINTEPESOS</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	\$ 2271600	
2	MARZO	\$ 2498760	
3	ABRIL	\$ 2347320	
4	MAYO	\$ 2158020	

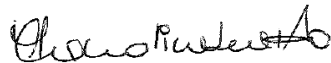
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 12115200		\$ 12115200	\$ 9275700	\$ 2839500
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	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.	Actividades de limpieza y desinfección del área de rehabilitación	Planillas correspondientes asignadas para el registro de actividades	
2	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.	No se aplica	No se aplica	
3	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.	No se aplica	No se aplica	
4	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.	Actualización de documentos de limpieza y desinfección del servicio	Documento actualizado	
5	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.	Organización de equipos e insumos del servicio	Espacios Físicos para organización	
6	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.	No se aplica	No se aplica	

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	\$ 2347320
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	25	77275959	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS			
Ítem				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 541800</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24082973492	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO	FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ROSA MARYLU CRUZ GARZON	2026-05-22 23:15:30		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-05-23 17:32:04		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-26 17:49:57		
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	2026-06-11 18:43:59		

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**