

**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 Contratista:</b>	del	CLARISA ISABEL GONZALEZ CASTRO	<b>Número de Documento:</b>	51878527			
<b>Correo Electrónico:</b>		Isalari67@hotmail.com	<b>Número Telefónico:</b>	3125119775			
<b>Nombre Supervisor:</b>	del	REYES MURILLO HIGUERA	<b>Cargo:</b>	SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	<b>Código Grado:</b>	-	AG

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1850-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	295
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<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
A38VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	186	0	12620	\$2347320	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 2347320	<b>DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-01-31	<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	\$ 2347320	
2	MARZO	\$ 2347320	
3	ABRIL	\$ 2347320	
4	MAYO	\$ 2347320	

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

\$ 11736600		\$ 11736600	\$ 9389280	\$ 2347320
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	<p>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.</p>	<p>-Se realizan actividades establecidas para el perfil de auxiliar de enfermería según la necesidad de la sub red E.S.E de acuerdo a los principios del sistema general de seguridad social (SGSS) sistema obligatorio de garantía y calidad y demás normas concordantes</p>	<p>-Realización de formatos de actividades realizadas</p>	
2	<p>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.</p>	<p>-Se realiza participación de todas las actividades programadas y no programadas para el cumplimiento de una atención con calidad.</p>	<p>-Realización de formatos hojas de asistencia de actividades realizadas</p>	
3	<p>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.</p>	<p>-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de las sub red de servicios integrada E.SE.</p>	<p>-Diligenciamiento en dinámica</p>	
4	<p>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.</p>	<p>-Apoyar a la sub Red de servicios integrada de servicios integrada de servicios de salud E.SE. en todas las actividades a realizar administrativa según la necesidad</p>	<p>-Apoyar a la sub Red de servicios integrada de servicios integrada de servicios de salud E.SE. en todas las actividades a realizar administrativa según la necesidad</p>	
5	<p>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.</p>	<p>-Asistir al profesional de medicina y enfermería bajo los estándares de calidad y normas técnico científicas universalmente aceptadas realiza acudir a reuniones según lo estipulado por programas a mi cargo</p>	<p>-Agendamiento Institucional y programación por parte del líder</p>	
6	<p>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</p>	<p>-Realizar agendamiento y seguimiento telefonico para las gestantes de punto de atencion .llamado telefonico a usuarias</p>	<p>-registro intitucional</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	\$ 2347320
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	11	4649131100	-		
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	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280900
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 219400
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42800
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 508148</b>	<b>\$ 543100</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870423953	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO	FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CLARA ISABEL GONZALEZ CASTRO	2026-05-24 18:55:41		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CLARA ISABEL GONZALEZ CASTRO	2026-05-24 18:56:34		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					REYES MURILLO HIGUERA	2026-05-24 19:03:02		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-05-26 19:04:10		
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 17:53:26		

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.

**REYES MURILLO HIGUERA**  
**SUBGERENTE DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD**

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51878527
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLARISA ISABEL CASTRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 47A SUR # 1 -38	TELÉFONO:	2061514
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

NÚMERO PLANILLA:	<b>4649131100</b>	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	3		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/05/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996741862

**NOVEDADES**

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

TOTALES	
COTIZANTES	TOTAL PAGADO

**PENSIÓN**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 280.900
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 280.900</b>

**SALUD**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 219.400
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 219.400</b>

**RIESGOS PROFESIONALES**

ADMINISTRADORA		NOMBRE			
NIT	CÓDIGO				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 42.800
<b>SUBTOTAL:</b>				1	<b>\$ 42.800</b>

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 541.800</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 1.300</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 543.100</b>

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

- 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

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"/> CUENTA FEBRERO CTO 1850-2026.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 1850-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> 1-TITULO CONTRATADO CON LA SUB RED SUR.pdf	1-TITULO CONTRATADO CON LA SUB RED SUR.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA_51878527.pdf	HOJA DE VIDA_51878527.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> PS 1850 2026.pdf	PS 1850 2026.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO 1850-2026.pdf	CUENTA MARZO CTO 1850-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL CTO 1850-2026.pdf	CUENTA ABRIL CTO 1850-2026.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >