

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31	
Nombre Contratista:	del	JACQUELINE HERNANDEZ TORO	Número de Documento:	52303556	
Correo Electrónico:	jht760910@gmail.com		Número Telefónico:	3013567187	
Nombre Supervisor:	del	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	Cargo:	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	Código Grado: - 009 - 05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1824-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	279
Perfil:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	186	34	12305	\$2707100	118.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2707100	DOS MILLONES SETECIENTOS SIETE MIL CIENPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-01-27		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-05-15		1	\$ 2337950	1082
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 492200	
2		FEBRERO		\$ 2953200	
3		MARZO		\$ 2830150	
4		ABRIL		\$ 2584050	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	MAYO	\$ 2707100	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 11935850	\$ 14273800	\$ 11566700	\$ 2707100
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Prestar apoyo a los procesos asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., durante los periodos de disponibilidad definidos en la propuesta presentada, conforme a las necesidades del servicio.	-Prestar servicios como transcriptor en el servicio de ecografía de Ginecología y Obstetricia, de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio	-Programación de actividades
2	2. Desarrollar actividades de apoyo administrativo a los profesionales del área de imagenología, actuando con autonomía técnica y operativa, y en observancia de las guías, manuales y protocolos propios del subproceso.	-Se realiza registro diario de excel para fines de estadística	-Base de excel
3	3. Efectuar la transcripción de los reportes de imagenología, asegurando la fidelidad y veracidad de la información dictada por el médico radiólogo.	-Redactar adecuadamente cada reporte teniendo en cuenta el tipo de examen y el paciente a quien se realiza	-Sistema de información dinámica gerencial
4	4. Verificar que los reportes de imagenología queden incorporados en la historia clínica del paciente, una vez hayan sido validados por el médico radiólogo correspondiente.	-Realizado el reporte de ecografía con visto bueno del profesional, se ingresa al sistema Dinámica Gerencial	-Sistema de información dinámica gerencial
5	5. Aplicar los manuales, guías, protocolos y procedimientos establecidos para cada proceso, con el fin de contribuir al cumplimiento de los estándares de calidad definidos para el servicio.	-Tener en cuenta la preparación requerida para la toma de cada ecografía	-Sistema de información dinámica gerencial
6	6. Elaborar, presentar y efectuar seguimiento a los informes que se requieran en desarrollo del objeto contractual.	-Realizar los informes de ecografía en el tiempo establecido del examen	-Entrega de resultados
7	7. Registrar de manera sistemática la información diaria de los estudios realizados por el especialista, conforme a los lineamientos establecidos por la entidad.	-Ingresar los pacientes diariamente en la base de excel	-Base de excel Base de excel
8	8. Ejecutar las demás actividades inherentes al perfil contratado que aporten al fortalecimiento de los procesos misionales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-N/A N/A N/A N/A	-N/A N/A N/A N/A

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	\$ 2584050	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82792748	-			
2026	ABRIL	2026	05	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CINCUENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						CAPITAL SALUD 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 CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24112645876	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						JACQUELINE HERNANDEZ TORO		2026-05-23 13:33:50	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						MARIA CAROLINA LEAL APONTE		2026-05-24 20:30:55	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-05-26 17:56:46	
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 18:32:33	

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52303556	JACQUELINE HERNANDEZ TORO		Cra 32d 1 59	3013567187	jht760910@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
		82792748	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN					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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
230301	Porvenir	800224808-8	280.200		0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					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
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700					42.700	0	0	42.700			427	42.700	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
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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52303556	JACQUELINE HERNANDEZ TORO		Cra 32d 1 59	3013567187	jht760910@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
		82792748	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonemado	ING	RET	TDE	TAL	TOP	OP	OP	OP	OP	OP	OP	OP	OP	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 52303556	HERNANDEZ TORO JACQUELINE	59	0			N														230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPSC34	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

<

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
☐	PS 1824 2026.pdf	PS 1824 2026.pdf	Comprador Detalle
☐	JAQUELINE HERNANDEZ MARZO 1824-2026.pdf	JAQUELINE HERNANDEZ MARZO 1824-2026.pdf	Proveedor Detalle
☐	JAQUELINE HERNANDEZ FEBRERO 1824-2026.pdf	JAQUELINE HERNANDEZ FEBRERO 1824-2026.pdf	Proveedor Detalle
☐	JAQUELINE HERNANDEZ ABRIL 1824-2026.pdf	JAQUELINE HERNANDEZ ABRIL 1824-2026.pdf	Proveedor Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>