

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-03-13	Hasta:	2026-03-18	
Nombre del Contratista:	ANDREA FERNANDA LEAL MORA		Número de Documento:	52740994	
Correo Electrónico:	andrealeal03@yahoo.es		Número Telefónico:	3163337626	
Nombre del Supervisor:	SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE	Cargo:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4246-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	337
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
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
P07TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	36	0	13900	\$500400	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 500400	QUINIENTOS MIL CUATROCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2026-03-13	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	MARZO	\$ 500400	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9479800	\$ 9479800	\$ 500400	\$ 8979400

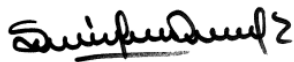
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

1	"1.Desarrollar actividades de apoyo técnico en el proceso de esterilización, conforme a las necesidades operativas definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., observando los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y los lineamientos establecidos en el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL BUENAS PRACTICAS EN ESTERILIZACION
2	2.Ejecutar las acciones necesarias para el cumplimiento de la normatividad vigente, tanto externa como interna, relacionada con los procesos de esterilización, garantizando la adecuada aplicación de los protocolos y procedimientos definidos institucionalmente.	-SE EJECUTA PROCESOS TALES COMO: INFORME DE MOTIVO DE CONTINGENCIA, ORGANIZACION DE CARGAS A ESTERILIZAR, REGISTRO DE INSTRUMENTAL, PAQUETES Y DISPOSITIVOS QUE SE VANA ANEVIAR A ESTERILIZAR, TRAZABILIDAD DE LA CARGA. SE EJECUTA PROCESOS TALES COMO: INFORME DE MOTIVO DE CONTINGENCIA, ORGANIZACION DE CARGAS A ESTERILIZAR, REGISTRO DE INSTRUMENTAL, PAQUETES Y DISPOSITIVOS QUE SE VANA ANEVIAR A ESTERILIZAR, TRAZABILIDAD DE LA CARGA.	-LIBRO DE REGISTROS DE CARGA VAPOR - BAJA TEMPERATURA
3	3. Registrar de manera completa, veraz y oportuna la información asociada al proceso de esterilización, incluyendo las etapas de recepción, lavado, empaque, esterilización y entrega del material, en los formatos, registros o sistemas dispuestos para tal fin.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN- MANUAL USO DE EQUIPOS DE ESTERILIZACION, SELLADORAS DE EMPAQUE, ENCUBADORAS DE INDICADORES BIOLOGICOS; ASISTENCIA A CAPACITACIONES SOBRE USO MANEJO Y CUIDADOD DE LOS DIFERENTES EQUIPOS DE ESTERILIZACION Y APOYO DEL PROCESO.	-"LIBRO DE NOVEDADES POR AREA. FORMATO DE VALIDACIÓN DE AUTOCLAVES. REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE CARGAS ESTERILIZADAS. REGISTRO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL."
4	4. Apoyar las actividades logísticas de ruta para el traslado de dispositivos médicos, requeridos por las diferentes unidades y servicios de la Subred, asegurando su adecuada movilización para el desarrollo de las actividades asistenciales.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL DE ESTERILIZACIÓN Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. - FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL AREA - FORMATO DE TEMPERATURA Y HUMEDAD DEL AREA - REGISTROS DE ESTERILIZACION POR AREAS
5	5. Ejecutar las demás actividades de apoyo propias del perfil contratado, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales del proceso de esterilización, conforme a las orientaciones del supervisor del contrato. "	-"VIGILANCIA EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS EN CADA UNO DE LOS PACIENTES . APOYO EN ACTIVIDADES DE RUTA PARA EL TRASLADO DE DISPOSITIVOS NECESARIOS A NIVEL SUBRED SUR. VIGILANCIA EN CADA UNA DE LAS SEDES DONDE SE REALIZA PROCESOS NECESARIOS POR ESTERILIZAR. EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN."	-MANUAL BUENAS PRACTICAS EN ESTERILIZACION

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008300755553
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			ANDREA FERNANDA LEAL MORA		2026-03-24 21:00:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN			SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE		2026-03-24 22:04:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN			EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA		2026-03-27 13:22:15
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		2026-04-13 17:41:16

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 MAYERLY TIRADO DUARTE
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52740994	ANDREA FERNANDA LEAL MORA		CARRERA 18 A # 53 - 87 SUR	5740366	ANDREALEAL03@YAHOO.ES
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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56234324	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$0	\$541.800	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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 DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		56234324	11/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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	Seguro	Extranjero	Códot exterior	Extraterritorio	IVA	IVA	IVA	TAP	TAP	VGP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IBL	CONEXIÓN	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 52740994	LEAL MORA ANDREA FERNANDA	59	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	30	218.900	14-7	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0