

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		Número de Documento:	53017308	
Correo Electrónico:	mimary85@hotmail.com		Número Telefónico:	3002578657	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2936-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
I06TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	60	13900	\$3336000	129.7%
I20CGTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	18	13900	\$250200	9.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3586200	TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-06		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 7571100	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 3169200	
2		MARZO		\$ 3085800	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 2502000	
4	MAYO	\$ 2752200	
5	JUNIO	\$ 3586200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 12861900		\$ 20433000	\$ 15095400
			\$ 5337600
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Desarrollar actividades de apoyo asistencial propias del perfil de auxiliar de enfermería, conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., y 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 normatividad vigente aplicable.	-cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio	-historia clinica
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a los usuarios, sus familias y la comunidad, según el contexto asistencial en el que se desarrollen las actividades contratadas.	-aplicación de los protocolos guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades del cuidado de los pacientes atendidos	--historia clinica
3	Registrar de manera completa, veraz y oportuna la información relacionada con las intervenciones realizadas, el plan de cuidados de enfermería y la evolución del paciente, en la historia clínica o en los registros institucionales definidos para tal fin, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a la normativa vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o las autoridades competentes, e informar oportunamente al equipo asistencial las variaciones relevantes en la condición del paciente.	-ejecutar tratamientos inyectología venopunciones curaciones toma de muestras de laboratorio según normas y protocolos establecidos lista de chequeo de infecciones	--lista de chequeo de infeccion
4	. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos de enfermería, asegurando su correcta utilización, incluido el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad.	--registro claro corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería	-lista de chequeo

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Contribuir al proceso de alta temprana del paciente, mediante el fortalecimiento de conocimientos dirigidos al paciente y su familia en promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos derivados del tratamiento y de las recomendaciones médicas, dejando los registros correspondientes en la historia clínica y en los documentos institucionales dispuestos para ello	-realización de la entrega y recibo de turno según programación cumpliendo protocolo institucional	--historia clínica
6	Desarrollar las demás actividades de apoyo asistencial propias del perfil contratado, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de los servicios hospitalarios, conforme a la supervisión del contrato.	-realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales control de líquidos y órdenes de enfermería	--historia clínica

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	\$ 2752200	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80659005	-			
2026	MAYO	2026	06	30					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	COLFONDOS		\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					SALUD TOTAL EPS S.A.			\$ 218863	\$ 218900
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.			\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR		Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta		AHORROS	Número de Cuenta	4800307979
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-25 09:46:45	
RECHAZADO SUPERVISOR						HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-06-25 11:35:43	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						FLOR MARINA GONZALEZ APONTE		2026-06-30 08:19:08	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-30 09:29:44	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-30 09:30:51	
RECHAZADO SUPERVISOR						HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-06-30 09:31:15	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-30 09:33:06	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-30 09:56:27	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-30 10:09:58	
RECHAZADO SUPERVISOR						HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-06-30 11:20:11	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		2026-06-30 11:45:47	

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-06-30 11:48:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-07-01 04:39:08
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	2026-07-14 16:18:35

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53017308	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	Carrera 18 a # 60f23 sur	3012690976	mimary85@hotmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80659005	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$588.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	27	4.400	0	223.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	280.200	0	0	0	0	27	5.600	0	285.800	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	27	900	43.600			427	43.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	27	700	35.800	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	27	0	0	0
ICBF				
0	27	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	223.300
Pensión	1	280.200	285.800
Riesgos Laborales	1	42.700	43.600
CCF	1	35.100	35.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	588.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53017308	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		Carrera 18 a # 60f23 sur	3012690976	mimary85@hotmail.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
		80659005	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$588.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	VGP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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 53017308	CASTRO HERNANDEZ MERILYN AMALFY	59	0			N																	231001	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 9:36:27
MERILYN AMALFY CA...



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



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

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor



Porcentaje



Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización?



Sí



No

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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		
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES JUNIO CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES JUNIO CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE CATIVIDADES JULIO CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE CATIVIDADES JULIO CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES AGOSTO CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES SEPTIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES OCTUBRE CTO No4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES OCTUBRE CTO No4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES NOVIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES NOVIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES DICIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES DICIEMBRE CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO 2026 No4135-2025	cuenta de mer_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIADES MARZO 2026 CTO No 4135-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIADES MARZO 2026 CTO No 4135-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIADES ABRIL 2026 CTO No 4135-2025.pdf	ilovepdf_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MAYO 2026 CTO No 4135-2025	ilovepdf_merged-3.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

SmnGE1p2bl



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Certifica que:

MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ

53017308

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

MANEJO INTEGRAL DEL DUELO

con una intensidad horaria de 20 horas.

Para constancia se expide:

16 de junio de 2026



Administradora de los Recursos del Sistema
General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	53017308	CASTRO	HERNANDEZ	MERILYN	AMALFY	2026-04	Salud Total	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Salud Total	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Salud Total	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización