

	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:	ROSMIRA HERNANDEZ SALAZAR		Número de Documento:	52242174	
Correo Electrónico:	rosmirahernandez42@gmail.com		Número Telefónico:	3213184299	
Nombre del Supervisor:	MARIO JAIR GARZON JARA	Cargo:	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	Código Grado:	- 230

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3796-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	301
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
O02ME	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS MEISSEN	186	0	12620	\$2347320	93.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2347320	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-01		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	\$ 3794810	1101
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 2347320	
2		MARZO		\$ 2246360	
3		ABRIL Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal:		\$ 2347320 110611	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 2347320	
5	JUNIO	\$ 2347320	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 12535470		\$ 16330280	\$ 11635640
			\$ 4694640
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Brindar apoyo asistencial desde el perfil de auxiliar de enfermería, en el marco de la Lex Artis, de conformidad con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGCS) y demás normas concordantes, de acuerdo con las necesidades identificadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-Prestar servicios como auxiliar de enfermería acorde a la necesidad de LA SUBRED SUR ESE.	--se realiza prestación del servicio en el área asistencial cuando se requiera.
2	Apoyar la información y orientación a los usuarios y sus familias, de manera presencial en las sedes de la Subred o mediante atención telefónica, promoviendo la aplicación del enfoque diferencial según las necesidades identificadas, así como entregar los soportes físicos de las atenciones individuales o grupales realizadas y registrar oportunamente la información en el aplicativo institucional Sí Cuéntanos.	--Se brinda información personalizada sobre las necesidades requeridas por los usuarios con el fin de mitigar barreras de acceso.	--Se realiza orientación al ingreso de usuarios.
3	Apoyar las actividades de filtro de ingreso en las Unidades de Servicios de Salud, orientadas a identificar las necesidades de los usuarios y a direccionarlos de manera adecuada, cálida y oportuna, mediante la verificación de la documentación pertinente, conforme al servicio requerido y a los lineamientos institucionales.	-Se realiza verificación de documentos para direccionar los servicios solicitados por los usuarios ya sean trámites de asignación de citas o facturación. Se realiza verificación de Seguridad Social en salud en las bases de datos de DNP, Comprobador de derechos y Dirección.	-Se realiza filtro de ingreso a la Unidad de servicios de salud.
4	Apoyar la identificación y caracterización de población preferencial, poblacional y especial, contribuyendo a la gestión de su atención con criterios de oportunidad, integralidad y calidad, y registrando la información correspondiente en el aplicativo Sí Cuéntanos.	--Se realiza la Identificación de la población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad.	-se realiza el registro en SI CUENTANOS
5	Apoyar la divulgación permanente de información de interés para los usuarios en salas de espera, relacionada con los derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha y demás contenidos definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., como estrategia de fortalecimiento del Servicio al Ciudadano.	-se realizan charlas informativas y educativas según cronograma en los diferentes servicios de la unidad.	-Se realiza a la fecha charlas según cronograma

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Apoyar la aplicación, tabulación y consolidación de encuestas de satisfacción, de acuerdo con las metas definidas para la medición de la experiencia del usuario y su familia en los diferentes servicios de la institución donde se requiera, generando los insumos correspondientes para el análisis del proceso	-Realizar encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad.	---Se realiza encuestas de satisfacción, al usuario y su familia de los diferentes servicios de la unidad

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89000762	-		\$ 2347320
2026	MAYO	2026	06	17				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					NUEVA 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 DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número Cuenta	de	0550488455197449
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ROSMIRA SALAZAR HERNADEZ		2026-06-22 13:08:10	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ROSMIRA SALAZAR HERNADEZ		2026-06-22 13:12:25	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIO JAIR GARZON JARA		2026-06-24 16:33:55	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-06-27 14:00:42	
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 15:34:35	

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.



MARIO JAIR GARZON JARA
JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y
SERVICIO AL CIUDADANO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52242174	ROSMIRA HERNANDEZ SALAZAR		Calle 73 sur # 73b 54	6018034596	Rosmirahernandez42@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		93216266	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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	52242174	ROSMIRA HERNANDEZ SALAZAR		Calle 73 sur # 73b 54	6018034596	Rosmirahernandez42@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
		93216266	16/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	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	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	UPP	UP	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 52242174	HERNANDEZ SALAZAR ROSMIRA	59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS037	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0