Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-07-01	**Hasta:**	2026-07-31	
Nombre del Contratista:	ANGELA BELLANID LEAL CANARIA		**Número de Documento:**	52847024	
Correo Electrónico:	Angelalealiqxa@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3014519820	
Nombre del Supervisor:	SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2594-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	294
Perfil:	INSTRUMENTADOR QUIRURGICO				
Dirección a la que Pertenece:	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
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	62	6	21866	$1486888	36.6%
C10ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	62	0	21866	$1355692	33.3%
C13ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	62	0	21866	$1355692	33.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4198272**	**CUATRO MILLONES CIENTONOVENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS**					

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	$ 8134152	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 3673488
2	MARZO	$ 4198272
3	ABRIL	$ 3979612
4	MAYO	$ 3935880
5	JUNIO	$ 3935880

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20335380	**$ 28469532**	**$ 19723132**	**$ 8746400**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Desarrollar actividades propias del perfil de Instrumentador(a) Quirúrgico(a), conforme a la lex artis y al objeto contractual, orientadas a apoyar la prestación de los servicios quirúrgicos en las áreas definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en concordancia con 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.	-Desarrollar actividades propias del perfil de Instrumentador(a) Quirúrgico(a), conforme a la lex artis y al objeto contractual, apoyando la prestación de los servicios quirúrgicos en las áreas definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. Preparar, verificar y disponer el instrumental, equipos e insumos requeridos para los procedimientos quirúrgicos, garantizando condiciones de asepsia, seguridad y calidad. Brindar apoyo técnico al equipo quirúrgico durante las intervenciones, asegurando el cumplimiento de los protocolos institucionales, 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.	-Registros o soportes de participación en procedimientos quirúrgicos realizados. Listas de chequeo de instrumental, equipos e insumos debidamente diligenciadas. Reportes o formatos institucionales que evidencien el cumplimiento de protocolos de calidad y seguridad del paciente. Informes de actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, conforme a la normatividad vigente.
2	2. Ejecutar acciones de planeación, apoyo técnico y evaluación de los procedimientos quirúrgicos en los que participe, teniendo en cuenta las condiciones clínicas del usuario y la técnica quirúrgica correspondiente, dentro del ámbito de su competencia profesional.	-Ejecutar acciones de planeación, apoyo técnico y evaluación de los procedimientos quirúrgicos en los que participe, teniendo en cuenta las condiciones clínicas del usuario y la técnica quirúrgica correspondiente. Preparar y verificar los recursos necesarios para cada intervención, asegurando que el instrumental, equipos e insumos estén disponibles y en condiciones óptimas. Brindar acompañamiento técnico durante el procedimiento y participar en la valoración posterior, dentro del ámbito de su competencia profesional y conforme a los protocolos institucionales.	-Registros de participación en la planeación y ejecución de procedimientos quirúrgicos. Formatos o listas de verificación diligenciados relacionados con la preparación y evaluación del procedimiento. Informes o soportes que evidencien el apoyo técnico brindado y el cumplimiento de las condiciones clínicas, técnicas y protocolarias establecidas por la institución.
3	3. Brindar asistencia técnica especializada al equipo quirúrgico durante procedimientos urgentes y programados, contribuyendo a la adecuada disponibilidad, suministro, recepción y control de los insumos, equipos y dispositivos médico-quirúrgicos requeridos para cada intervención.	-Brindar asistencia técnica especializada al equipo quirúrgico durante procedimientos urgentes y programados, asegurando un apoyo oportuno y eficiente en cada intervención. Verificar la disponibilidad y correcto funcionamiento de los insumos, equipos y dispositivos médico-quirúrgicos requeridos, garantizando su adecuada preparación. Realizar el suministro, recepción y control de los materiales utilizados, manteniendo la trazabilidad y el cumplimiento de los protocolos institucionales de seguridad y calidad.	-Registros de participación en procedimientos quirúrgicos urgentes y programados. Formatos de control y listas de chequeo de insumos, equipos y dispositivos médico-quirúrgicos debidamente diligenciados. Soportes de recepción y entrega de materiales utilizados en cada intervención e informes que evidencien el cumplimiento de los protocolos de seguridad, calidad y control establecidos por la institución.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Registrar de manera veraz, completa, legible y secuencial la información asociada al acto quirúrgico, en los formatos institucionales definidos, garantizando integralidad del registro, uso de siglas internacionalmente aceptadas y cumplimiento de los lineamientos normativos y técnicos aplicables.	-Registrar de manera veraz, completa, legible y secuencial la información relacionada con el acto quirúrgico en los formatos institucionales definidos. Garantizar la integralidad del registro, asegurando que los datos consignados sean claros, precisos y acordes con el procedimiento realizado. Utilizar siglas internacionalmente aceptadas y cumplir con los lineamientos normativos y técnicos vigentes aplicables al registro de la información en salud.	-Formatos institucionales debidamente diligenciados con la información correspondiente al acto quirúrgico. Registros clínicos completos, legibles y secuenciales que evidencien el procedimiento realizado. Documentación que demuestre el cumplimiento de los lineamientos normativos, técnicos y de calidad establecidos para el registro en salud.
5	5. Operar y verificar el adecuado uso de los equipos médico-quirúrgicos, instrumental y material de osteosíntesis, conforme a los estándares y protocolos institucionales, garantizando la aplicación estricta de las normas universales de bioseguridad y seguridad del paciente.	-Operar y verificar el adecuado uso de los equipos médico-quirúrgicos, instrumental y material de osteosíntesis, conforme a los estándares técnicos y protocolos institucionales establecidos. Realizar la revisión previa del funcionamiento y condiciones de seguridad de los equipos e instrumental, garantizando su correcta manipulación durante los procedimientos. Aplicar estrictamente las normas universales de bioseguridad y los lineamientos de seguridad del paciente, asegurando prácticas seguras y de calidad en el entorno quirúrgico.	-Registros de verificación y control del uso de equipos médico-quirúrgicos, instrumental y material de osteosíntesis. Listas de chequeo o formatos institucionales diligenciados que evidencien la revisión previa y posterior de los equipos. Soportes documentales que demuestren el cumplimiento de las normas de bioseguridad y de los protocolos de seguridad del paciente establecidos por la institución.CENTRO DE COSTOS MENSUALES E INFORME DE ACTIVIDADES.
6	6. Desarrollar las demás actividades propias del perfil profesional, directamente relacionadas con el objeto contractual, que contribuyan al fortalecimiento de la prestación de los servicios quirúrgicos, según solicitud del supervisor.	-Desarrollar actividades propias del perfil profesional que se encuentren directamente relacionadas con el objeto contractual y que aporten al fortalecimiento de la prestación de los servicios quirúrgicos. Ejecutar dichas actividades conforme a las directrices y solicitudes del supervisor del contrato, asegurando el cumplimiento de los lineamientos institucionales, técnicos y normativos aplicables.	-Informes o reportes que evidencien la ejecución de las actividades asignadas por el supervisor del contrato. Soportes documentales que demuestren el cumplimiento de las funciones relacionadas con el objeto contractual y su contribución al fortalecimiento de la prestación de los servicios quirúrgicos, conforme a la normatividad vigente.FORMATO DE CAPACITACIONES

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	4660835020	-		$ 3935880
2026	JUNIO	2026	07	21				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1750905	$ 280145	**$ 299100**
Salud		EPS SÁNITAS		$ 218863	**$ 233700**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 45600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 578400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870371335

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELA CANARIA LEAL BELLANID	2026-07-25 19:53:32
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE	2026-07-28 14:14:41
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGELA CANARIA LEAL BELLANID	2026-07-29 18:38:27
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE	2026-07-29 21:32:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-07-30 11:29:18

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52847024
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGELA BELLANID LEAL CANARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 52 A N 176 18 BRR NUEVA ZELANDIA	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4660835020**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/07/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997499522

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 296.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.100	$ 0	$ 296.000	$ 3.100	$ 299.100
SUBTOTALES:										**$ 296.000**	**$ 3.100**	**$ 299.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 231.300	$ 0	$ 2.400	$ 0	$ 231.300	$ 2.400	$ 0	$ 233.700
SUBTOTALES:													**$ 231.300**	**$ 2.400**	**$ 0**	**$ 233.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 45.100	$ 45.100	$ 500	$ 0	$ 45.600
SUBTOTALES:									**$ 45.100**	**$ 500**	**$ 0**	**$ 45.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN									SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52847024	LEAL CANARIA ANGELA BELLANID	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.800.000				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.850.000	$ 296.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 296.000	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.850.000	$ 231.300	$ 0	$ 231.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.850.000	52847024	$ 45.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 578.400

Planilla Pagada

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

Aumentar el contraste

UTC -5 22:28:52

ANGELA BELLANID L...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

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

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

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		
☐	FEFRERO 2594-2026.pdf	FEFRERO 2594-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2594-2026.pdf	MARZO 2594-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3. CERTIFICADO DE ESTUDIOS.pdf	3. CERTIFICADO DE ESTUDIOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	18.HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	18.HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2594-2026.pdf	ABRIL 2594-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2594-2026.pdf	MAYO 2594-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2594-2026.pdf	JUNIO 2594-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

o3DVjTbBgS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

ANGELA BELLANID LEAL CANARIA

52847024

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

MUERTE DIGNA

con una intensidad horaria de **08** horas.

Para constancia se expide:

julio 27, 2026

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

SALUD SIN DISCRIMINACIÓN

SMAR SUR

BOGOTÁ