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:	SANDRA CECILIA RAMOS CORONADO		**Número de Documento:**	52195613	
Correo Electrónico:	sramosc74@gmail.com		**Número Telefónico:**	3203116782	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3503-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	303
Perfil:	REGENTE DE FARMACIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS DANUBIO AZUL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
FARMACIA	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	HOSPITAL USME NUEVO	186	52	16000	$3808000	128%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3808000**	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL PESOS**					

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	2026-05-15		1	$ 2352000	1083
2	2026-06-09	2026-08-31	2	$ 5760000	1242

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 3504000
2	MARZO	$ 3568000
3	ABRIL	$ 3632000

© Siasur - 2026

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	$ 3504000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	93370465	-		
2026	JUNIO	2026	07	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		TRES MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1750905	$ 280145	**$ 282500**
Salud		FAMISANAR		$ 218863	**$ 220700**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 43100**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 508148**	**$ 546300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2770063978

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA CECILIA RAMOS CORONADO	2026-07-28 10:38:46
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA CECILIA RAMOS CORONADO	2026-07-28 10:41:23
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-07-30 03:05:44
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SANDRA CECILIA RAMOS CORONADO	2026-07-31 18:19:32
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2026-07-31 20:24:43
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-07-31 22:03:44
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	2026-08-13 11:34:43

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.

© Siasur - 2026