1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

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		
☐	1856-2026-FEBRERO-BETANIA.pdf	1856-2026-FEBRERO-BETANIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1856-2026-MARZO -BETANIA.pdf	1856-2026-MARZO -BETANIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1856-2026- ABRIL-BETANIA.pdf	1856-2026- ABRIL-BETANIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1856-2026 - MAYO -BETANIA.pdf	1856-2026 - MAYO -BETANIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 1856 2026.pdf	PS 1856 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1856-2026-JUNIO-BETANIA.pdf	1856-2026-JUNIO-BETANIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1856-2026-JULIO-BETANIA.pdf	1856-2026-JULIO-BETANIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA MARTINEZ CLAVIJO
No. Identificación: CC1073507379
Dirección: CALLE 73B #27B -16 SUR
Telefono: 3103182894
Correo: claudiaclavijo8987@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8394024972

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA MARTINEZ CLAVIJO
Tipo y número de identificación	CC1073507379
Número de planilla	8394024972
Fecha pago	2026-08-25
Número de autorización pago	75449096
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2026
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2026
Número de Administradoras	3
Total Pagado	543600
Total Intereses de Mora	1800

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	42900	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	281100	1
EPS002	Salud Total EPS	219600	1

8394024972

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1073507379
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA MARTINEZ CLAVIJO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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:**	2026-08-01	**Hasta:**	2026-08-31	
Nombre del Contratista:	CLAUDIA MARTINEZ CLAVIJO		**Número de Documento:**	1073507379	
Correo Electrónico:	claudiaclavijo8987@gmail.com		**Número Telefónico:**	3103182894	
Nombre del Supervisor:	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1856-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	295
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MARICHUELA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38UH	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS BETANIA	186	0	12620	$2347320	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2347320**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-02		**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	$ 4694640	1166

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 2347320
2	MARZO	$ 2347320
3	ABRIL	$ 2347320
4	MAYO	$ 2347320

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
5	JUNIO	$ 2347320
6	JULIO	$ 2347320
7	AGOSTO	$ 2347320

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11736600	**$ 16431240**	**$ 16431240**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo asistencial en calidad de Auxiliar de Enfermería, de manera autónoma y conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de 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.	-Se realizan actividades establecidas para el perfil de auxiliar de enfermería según la necesidad de lasa sub red E.S.E de acuerdo a los principios del sistema general de seguridad social (SGSS) sistema obligatorio de garantía y calidad y demás normas concordantes	realización de formatos de actividades realizadas
2	Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, a nivel individual, familiar y comunitario, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	--Se realiza participación de todas las actividades programadas y no programadas para el cumplimento de una atención con calidad	Realización de formatos hojas de asistencia de actividades realizadas
3	Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos de Enfermería, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	Se realiza participación de todas las actividades programadas y no programadas para el cumplimento de una atención con calidad	Realización de formatos hojas de asistencia de actividades realizadas
4	Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios relacionados con el servicio.	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de las sub red de servicios integrada E.SE	Diligenciamiento en dinámica
5	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	Apoyar a la sub Red de servicios integrada de servicios integrada de servicios de salud E.SE. en todas las actividades a realizar administrativa según la necesidad	---Registros Institucionales

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E	-Asistir al profesional de medicina y enfermería bajo los estándares de calidad y normas técnico científicas universalmente aceptadas realiza acudir a reuniones según lo estipulado por programas a mi cargo mantener consultorios habilitados y debidamente desinfectado para la presentación de servicios y cuidado de equipos	-Agendamiento Institucional y programación por parte del líder

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	$ 2347320
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8394024972	-		
2026	JULIO	2026	08	25				
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	PROTECCIÓN	$ 1750905	$ 280145	**$ 281100**
Salud		SALUD TOTAL EPS S.A.		$ 218863	**$ 219600**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 42652	**$ 42900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 508148**	**$ 543600**

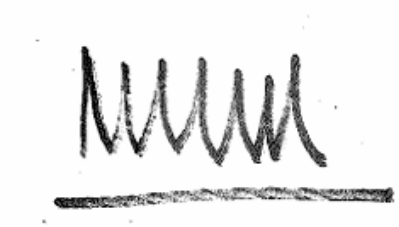
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570004870496306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA MARTINEZ CLAVIJO	2026-08-21 15:11:06
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	2026-08-22 20:35:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CLAUDIA MARTINEZ CLAVIJO	2026-08-25 14:17:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	2026-08-25 15:57:29
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-08-26 14:20:46
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	2026-09-15 11:01:52

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.



MARIA MARCELA MEZA FLOREZ
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS

© Siasur - 2026