

La empresa **NOHORA MARY LUZ HUEZA VARGAS**, identificada con **CC** número **24049481**, aportó por **NOHORA MARY LUZ HUEZA VARGAS** identificado(a) con **CC** número **24049481** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 07 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E D	T A D	T A P	T A S	V S T	S L N	I G M	L M A	V A C	V C T	I R P	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	57													0	30	\$1,750,905	0.16000	\$280,200	\$0	\$0	Julio - 2026	8394299498	13/08/2026	NO
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	57													0	30	\$1,750,905	0.02436	\$42,700	\$0	\$0	Julio - 2026	8394299498	13/08/2026	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	57													0	30	\$1,750,905	0.12500	\$218,900	\$0	\$0	Julio - 2026	8394299498	13/08/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Agosto de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

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

Señor(a): NOHORA MARY LUZ HUEZA VARGAS
No. Identificación: CC24049481
Dirección: CRA 25 # 43 40 SUR
Telefono: 7914542
Correo: eclipse7373@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8394299498

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NOHORA MARY LUZ HUEZA VARGAS
Tipo y número de identificación	CC24049481
Número de planilla	8394299498
Fecha pago	2026-08-13
Número de autorización pago	45204067
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	541800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	42700	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	280200	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	218900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 24049481
APELLIDOS Y NOMBRES: NOHORA MARY LUZ HUEZA VARGAS

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
EPS017	25-14	1750905	1750905	1750905	0	218900	0	280200	0	42700	0



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	24049481	HUEZA	VARGAS	NOHORA	MARY LUZ	2026-07	Famisanar	COTIZANTE

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

- 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	
☐ Cuenta Febrero contrato 2862-2026.pdf	Cuenta Febrero contrato 2862-2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ Nohora Hueza .pdf	Nohora Hueza .pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ Cuenta Marzo contrato 2862-2026.pdf	Cuenta Marzo contrato 2862-2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ Cuenta Abril contrato 2862-2026.pdf	Cuenta Abril contrato 2862-2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ Cuenta Mayo contrato 2862-2026.pdf	Cuenta Mayo contrato 2862-2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ PS 2862 2026.pdf	PS 2862 2026.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐ AD 1 PS 2862 2026.pdf	AD 1 PS 2862 2026.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐ Cuenta Junio contrato 2862-2026.pdf	Cuenta Junio contrato 2862-2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ Cuenta Julio Contrato 2862-2026.pdf	Cuenta Julio Contrato 2862-2026.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar
Cargar nuevo

Cancelar

<
Evaluación de la Entidad Estatal
>

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-08-01	Hasta:	2026-08-31	
Nombre del Contratista:	NOHORA MARY HUEZA VARGAS		Número de Documento:	24049481	
Correo Electrónico:	eclipse7373@hotmail.com		Número Telefónico:	3133162728	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2862-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	0	13900	\$2502000	97.3%
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	66	13900	\$917400	35.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3419400	TRES MILLONES CUATROCIENTOS DIECINUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS					

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	2026-05-15		1	\$ 4305480	1074
2	2026-06-09	2026-08-31	2	\$ 6796220	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 3753000	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MARZO	\$ 3753000	
3	ABRIL	\$ 3336000	
4	MAYO	\$ 3336000	
5	JUNIO	\$ 3919800	
6	JULIO	\$ 3753000	
7	AGOSTO	\$ 3419400	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 12861900		\$ 23963600	\$ 25270200
			\$ -1306600
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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 ESE, 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 el objeto del contrato en coordinación con el supervisor acorde a las necesidades de los usuarios	-las auditorías
2	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 desarrollan las actividades contratadas.	-Brindar información a los usuarios acerca de las normas de bioseguridad	-Historia clínica
3	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.	-Registrar las actividades realizadas a los usuarios, de manera oportuna y vera	-Historia clínica y auditoría

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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 se aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad.	-Participar en la capacitación de protocolos guías y demás para ponerlos en practica	-Formatos guías protocolos y procedimientos
5	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.	-Contribuir activamente en el proceso de recuperación de los usuarios durante la hospitalización	-Mesa de ayuda y sistema dinamica
6	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.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Historia clínica , participación, información verbal y escrita en los diferentes documentos institucionales

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	8394299498	-		\$ 3753000	
2026	JULIO	2026	08	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL PESOS				
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	\$ 280200	
Salud					FAMISANAR		\$ 218863	\$ 218900	
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR 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 de Cuenta	4870486687		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					NOHORA MARILUZ HUEZA VARGAS		2026-08-26 16:15:10		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2026-08-26 16:48:11		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2026-08-28 23:56:50		
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 09:29:45		

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.

Irene Guerra

IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO