

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-09-01	Hasta:	2026-09-30	
Nombre del Contratista:	ANA JACQUELINE MENDOZA MARTINEZ		Número de Documento:	52125193	
Correo Electrónico:	anam977@hotmail.com		Número Telefónico:	3134627644	
Nombre del Supervisor:	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1903-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	295
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
A38UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	186	0	20782	\$3865452	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3865452	TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA 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	\$ 7730904	1166
2	2026-09-01	2026-09-30	2	\$ 3865452	1671
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 3865452	
2		MARZO		\$ 3865452	
3		ABRIL		\$ 3865452	

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 3865452	
5	JUNIO	\$ 3865452	
6	JULIO	\$ 3865452	
7	AGOSTO	\$ 3865452	
8	SEPTIEMBRE	\$ 3865452	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 19327260		\$ 30923616	\$ 30923616
			\$ 0
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios profesionales de Enfermería en el nivel ambulatorio, de manera autónoma e independiente, 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 presta servicios de enfermería a todos los usuarios de la Subred Sur con estándares superiores de calidad y oportunidad buscando la satisfacción del usuario, realizando talleres según cronograma, seguimientos, bases mensuales, supervisión y entrega de medicamentos en cada taller.	-Cumplimiento de funciones asignadas durante todo el periodo. Encuesta de percepción al usuario y compromiso institucional.
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.	-Brindar educación a cada uno de los pacientes, familiares y cuidadores sobre adopción de estilos, hábitos y conductas saludables que disminuyan el riesgo de la enfermedad y complicaciones. Esta educación debe ser brindada en cada una de los procedimientos realizados.	-Talleres de la Ruta Cardio Cerebro Vascular Metabólica. -Listado de asistencia.
3	Registrar y documentar la información correspondiente a los procedimientos y cuidados de Enfermería realizados, garantizando que la historia clínica sea diligenciada de forma veraz, clara, legible, secuencial y oportuna, simultánea o inmediatamente después de la prestación del servicio, de acuerdo con los criterios de integralidad, racionalidad científica y a la normatividad vigente, en especial la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	-Diligenciar completa y claramente la historia clínica del paciente, con veracidad y privacidad.	-Historia clínica en Dinámica, auditorías interna y externas, cumplir con todas las actividades y procedimientos.
4	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 diligencia oportuna, clara, correcta y oportunamente los sistemas de información de la Subred Sur y todos los documentos solicitados basados en normatividad vigente y legal.	-Historia clínica en Dinámica y bases enviadas mensualmente.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	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.	-Se canaliza y se remite a los usuarios dentro de las sesiones educativas a las diferentes rutas de atención en salud teniendo en cuenta su ciclo evolutivo y se realiza seguimiento.	-Indicadores de Gestión
6	Apoyar acciones asistenciales con los equipos misionales, exclusivamente en el marco del objeto contractual, para el manejo integral y cuidado del paciente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 911 de 2004 y demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, respetando en todo caso la autonomía profesional del contratista.	-Se canaliza y se remite a los usuarios dentro de las sesiones educativas a las diferentes rutas de atención en salud teniendo en cuenta su ciclo evolutivo y se realiza seguimiento.	-Indicadores de Gestión.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		\$ 3865452
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	38395134	-			
2026	AGOSTO	2026	09	23					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS				
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					COMPENSAR EPS		\$ 218863	\$ 218900	
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 508148	\$ 541800	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	54740708557	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANA JACQUELINE MENDOZA MARTINEZ			2026-09-26 16:19:45	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIA MARCELA MEZA FLOREZ			2026-09-27 10:31:21	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2026-09-29 13:30:57	
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			2026-10-20 11:59:46	

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 TÉCNICO SERVICIOS AMBULATORIOS
Carretera 20 No. 47 b - 33 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026



RAZÓN SOCIAL :	ANA JACQUELINE MENDOZA MARTINEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52125193
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	002
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	ANA
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-26
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-21
FECHA DE PAGO:	2026-09-23
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	38395134
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38395134
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 400	\$ 218.900	\$ 219.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 500	\$ 280.200	\$ 280.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 100	\$ 42.700	\$ 42.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 1.000	\$ 541.800	\$ 542.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2026
----------------------------------	------------

Asunto: Envío Pago Planilla



atecliente@asopagos.com <atecliente@asopagos.com>
para ANIAM977@HOTMAIL.COM

mié, 23 sept, 11:21 a.m. (hace 3 días)

Estimado Cliente:

La transacción que realizo en la fecha 2026-09-23 11:21:14 fue APROBADA

DETALLES DEL PAGO
Tipo De Documento: CC
Número De Documento: 52125193
IP: 152.200.243.250
Valor: \$542.800
Banco: NEQUI
Número de CUS: 678243291
Número de Planilla: 38395134.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD

La informacion contenida en este mensaje puede contener informacion confidencial, protegida legalmente o de propiedad de la Empresa JAIME TORRES C y CIA S.A. La informacion debe ser recibida por un destinatario o entidad especifica o para otras personas autorizadas para recibirla, cualquier opinion expresada en este mensaje pertenece unicamente al autor remitente, y no representa necesariamente la opinion de JAIME TORRES C y CIA S.A. Si usted no es el destinatario de esta informacion, pero por error la recibe, por favor borre inmediatamente el correo electronico junto con la informacion contenida en éste y todas las copias de su sistema, destruya cualquier copia en papel que se tenga de la informacion y notifique de tal hecho al remitente. Si Usted no es el destinatario, no esta autorizado para que directa o indirectamente use, destruya, transmita, imprima o copie la totalidad o parte de este mensaje. El hecho de que reciba la informacion sin ser su destinatario, no es una renuncia a los privilegios de confidencialidad que pueda tener la informacion. Los correos electronicos no son seguros, no garantizan la confidencialidad ni la correcta recepcion de los mismos, dado que pueden ser interceptados, manipulados, destruidos, llegar con demora, incompletos, o con virus. JAIME TORRES C y CIA S.A. no se hace responsable de las alteraciones que pudieran hacerse al mensaje una vez enviado.

CONFIDENTIALITY NOTE

The information contained in this transmission may contain confidential, proprietary or legally privileged information of JAIME TORRES C Y CIA S.A. It is intended for the recipient or entity to whom this transmission is addressed and others authorized to receive it, any views or opinions contained in this message are solely those of te author, and do not necessarily represent those of JAIME TORRES C Y CIA S.A. If you are not the intended recipient and receive this transmission in error, please delete it immediately and all copies of it from your system, destroy any paper copies of it and notify the sender. If you are not the intended recipient, you are not authorized to directly or indirectly use, distribute, transmit, print, or copy any part of this message. Receipt by anyone other than the intended recipient is not a waiver of any attorney-client or work-product privilege. E-mail transmission cannot be guaranteed to be secure, confidential, or error free, as information could be intercepted, corrupted, lost, destroyed, arrive late, arrive incomplete, or contain viruses. JAIME TORRES C Y CIA S.A. does not accept responsibility for any changes in the contents of this message after it has been sent.



