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:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-31	
Nombre del Contratista:	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ		**Número de Documento:**	1012395709	
Correo Electrónico:	esantoya709@uan.edu.co		**Número Telefónico:**	3133488443	
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4363-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	681
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	0	19370	$3602820	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3602820**	**TRES MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-07		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 6856980	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 8948940	1547

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 3254160
2	ABRIL	$ 3602820
3	MAYO	$ 3602820

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	JUNIO	$ 3602820
5	JULIO	$ 3602820

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7205640	**$ 23011560**	**$ 17665440**	**$ 5346120**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
3	Registrar en la Historia Clìnica toda la informaciòn del acto paramèdico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
5	Asegurar la correcta administracion de medicamentos de acuerdo a la prescripcion medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institucion.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
6	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
9	Hacer seguimiento de control y evaluacion al personal auxiliar de enfermeria de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	No se realiza actividad para el periodo reportado	No se realiza actividad para el periodo reportado
11	1.Realizar guía de práctica clínica.	-Se realizo revisión de protocolo de limpieza y desinfección el cual esta publicado en Almera, se siguen realizando anexos en el protocolo según necesidad de servicios por habilitación.	-Normalización del protocolo
12	2.Realizar actividades requeridas a fin de realizar seguimiento a indicadores de adherencias a lavado de manos, adherencia protocolos de limpieza y desinfección y demás normas de bioseguridad asociada.	-Se realizan rondas diarias con el fin de dar cumplimiento y cierre a hallazgos dejados por habilitación, se realiza estrategia de implementación en los servicios para higiene de manos.	-Actas de seguimiento
13	3. análisis de alertas epidemiológicas en vez de mortalidad materna.	-Se realiza mesa de trabajo posterior a comité de prevención de infecciones con lideres para establecer estrategias para aumento de indicadores además de esto se realiza intervención con las diferentes líneas para subsanar hallazgos de habilitación.	-Actas e informes
14	4.Realizar acompañamiento a análisis de eventos de interés en salud Publica distrital a nivel de la subred Integrada de servicios de Salud sur ESE.	-Para este mes no se realizan auditorias por secretaria de salud, sin embargo, al estar en modo acreditación se realizan auditorías internas que son acompañadas por habilitación.	-Actas e informes
15	5.Realizar auditorías de apoyo de investigación seguridad del paciente y/o concurrentes.	-Se realizan rondas de seguridad y verificación de los diferentes procesos a evaluar, con seguimiento en BAI	-Actas e informes
16	6.Participar en los análisis de infecciones asociadas a la atención en salud fortalecer en las unidades a la gestión del evento adverso.	-Se realiza participación en el comité mensual de infecciones	-Actas e informes
17	7. Hacer el acompañamiento a las visitas de los entes externos según la indicación del jefe de oficina.	-Para este mes no se realizan auditorias por secretaria de salud, sin embargo, al estar en modo acreditación se realizan auditorías internas que son acompañadas por habilitación.	Actas
18	8. Gestionar la correcta documentación de actividades procedimientos y recomendaciones de vigilancia epidemiológica para el programa de prevención de infecciones.	-Se realizo búsqueda activa de infecciones en los servicios establecidos en el cronograma mensual.	-Actas e informes

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
19	9.Realizar la entrega oportuna de informes periódicos de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención y programa de optimización de antimicrobianos que le sean requeridos.	-Realizar entrega diaria y envío a los profesionales de enlace según corresponda a los servicios estipulados.	-Actas e informes
20	10. Ser formador activo en las líneas de calidad.	-Divulgar y realizar actividades según cronograma establecido	- Actas

© Siasur - 2024

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	$ 3602820
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	77667029	-		
2024	**JUNIO**	**2024**	**07**	**12**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1441128	$ 230580	**$ 232200**
Salud		COMPENSAR		$ 180141	**$ 181400**
ARL	3	SURA		$ 35106	**$ 35500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 418244**	**$ 449100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24080203647

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ	2024-07-26 20:54:41
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ	2024-07-26 21:34:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	2024-07-26 21:36:51
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	2024-07-26 21:36:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	2024-07-26 21:36:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	2024-07-26 21:36:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	2024-07-26 21:36:55
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-07-31 06:31:19
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-08-13 15:32:47

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.



DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VIII

© Siasur - 2024

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

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		
☐	ARL SURA 1012395709 CTO 4363-2024.pdf	ARL SURA 1012395709 CTO 4363-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME MARZO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME MARZO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	iNFORME ABRIL CTO No. 4363-2024.pdf	iNFORME ABRIL CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MAYO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME MAYO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JUNIO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME JUNIO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012395709	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ	CR 86 BIS 84C 44 SUR	3133488443	esantoya709@uan.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	12/07/2024	77667029	$449.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	180.300	0		0		0	8	1.100	0	181.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	230.800	0	0	0	0	8	1.400	0	232.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.200				35.200	8	300	35.500			352	35.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	8	0	0	0
ICBF				
0	8	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	180.300	181.400
Pensión	1	230.800	232.200
Riesgos Laborales	1	35.200	35.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	446.300	449.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1012395709	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ		CR 86 BIS 84C 44 SUR	3133488443	esantoya709@uan.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-06	2024-06	I	12/07/2024	77667029	$449.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1012395709	SANTOYA HERNANDEZ ERIKA	59	0			N																	25-14	1.442.000	230.800	0	0	0	0	EPS008	1.442.000	180.300	14-11	1.442.000	3	35.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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