

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

|                         |                                |            |                                    |               |          |
|-------------------------|--------------------------------|------------|------------------------------------|---------------|----------|
| DATOS DEL INFORME       |                                |            |                                    |               |          |
| Periodo a Certificar:   | Desde:                         | 2024-09-01 | Hasta:                             | 2024-09-30    |          |
| Nombre del Contratista: | KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ     |            | Número de Documento:               | 1000578119    |          |
| Correo Electrónico:     | sofia_suarez0963@outlook.com   |            | Número Telefónico:                 | 3196967426    |          |
| Nombre del Supervisor:  | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | Cargo:     | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | Código Grado: | - 009-05 |

|                                |                                     |               |      |                       |     |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| DATOS DEL CONTRATO             |                                     |               |      |                       |     |
| No. Contrato:                  | 2638-2024                           | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 465 |
| Perfil:                        | AUXILIAR EN ENFERMERIA              |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS VISTA HERMOSA                   |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                     |                                                           |              |                          |            |           |                               |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                    | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
| A38VB                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS VISTA HERMOSA                                         | 186          | 0                        | 8980       | \$1670280 | 100%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1670280                          | UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS |              |                          |            |           |                               |

|                                     |              |                     |             |                                           |  |            |  |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|--|------------|--|
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |  |            |  |
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2024-02-01          |             | 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           | \$ 3340560                                |  | 1013       |  |
| 2                                   | 2024-06-01   | 2024-08-31          | 2           | \$ 3340560                                |  | 1541       |  |
| 3                                   | 2024-08-01   | 2024-10-31          | 3           | \$ 3340560                                |  | 2136       |  |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |  |            |  |
| 1                                   |              | FEBRERO             |             | \$ 1670280                                |  |            |  |
| 2                                   |              | MARZO               |             | \$ 1670280                                |  |            |  |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                          |                  |                    |
|-------------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| 3                                   | ABRIL                    | \$ 1670280       |                    |
| 4                                   | MAYO                     | \$ 1670280       |                    |
| 5                                   | JUNIO                    | \$ 1670280       |                    |
| 6                                   | JULIO                    | \$ 1670280       |                    |
| 7                                   | AGOSTO                   | \$ 1670280       |                    |
| 8                                   | SEPTIEMBRE               | \$ 1670280       |                    |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO          | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 5010840                          | \$ 15032520              | \$ 13362240      | \$ 1670280         |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                  | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                             |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1                                                              | 1). Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes                                                                                                                                                                     | Consulta y seguimiento desde el área de agendamiento al WhatsApp habilitado para las EPS diferentes a Capital Salud, ingreso a Dinámica gerencial, asignación y confirmación de citas solicitadas. | Agendamiento en Dinámica gerencial y chats de WhatsApp. |
| 2                                                              | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.                                                                                                                                                                                                                                                            | Consulta y seguimiento desde el área de agendamiento al WhatsApp habilitado para las EPS diferentes a Capital Salud, ingreso a Dinámica gerencial, asignación y confirmación de citas solicitadas. | Agendamiento en Dinámica gerencial y chats de WhatsApp. |
| 3                                                              | 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya) | Asignación de citas médicas de acuerdo a la solicitud del usuario; seguimiento al chat de WhatsApp, ingreso a Dinámica gerencial y confirmación de cita.                                           | Agendamiento en Dinámica gerencial y chats de WhatsApp. |
| 4                                                              | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                            | Realizar seguimiento, gestión y actualización de datos de los usuarios del WhatsApp.                                                                                                               | Chat de WhatsApp.                                       |
| 5                                                              | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.                                                                                                                                                                                                   | Dar seguimiento, gestión y depuración al chat de WhatsApp.                                                                                                                                         | Agendamiento en Dinámica gerencial y chats de WhatsApp. |
| 6                                                              | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Llevar a cabo las actividades asignadas.                                                                                                                                                           | Por medio de los registros y mensajes del chat.         |

| 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 | 79318165                                                  | -                          |                                                  | \$ 1670280          |  |
| 2024                                                                                                                                   | AGOSTO                        | 2024          | 09  | 10  |                                                           |                            |                                                  |                     |  |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                               |               |     |     | UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS |                            |                                                  |                     |  |
| Item                                                                                                                                   |                               |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                   | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |  |
| Pensionado                                                                                                                             |                               |               |     | NO  | PORVENIR                                                  | \$ 1300000                 | \$ 208000                                        | \$ 208800           |  |
| Salud                                                                                                                                  |                               |               |     |     | SALUD TOTAL                                               |                            | \$ 162500                                        | \$ 163100           |  |
| ARL                                                                                                                                    |                               |               |     | 3   | SURA                                                      |                            | \$ 31668                                         | \$ 31900            |  |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                               |               |     | NO  |                                                           | Total                      | \$ 377286                                        | \$ 403800           |  |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                               |               |     |     |                                                           |                            |                                                  |                     |  |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                            | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 4702022732          |  |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                               |               |     |     |                                                           |                            |                                                  |                     |  |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                               |               |     |     | USUARIO                                                   |                            |                                                  | FECHA               |  |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                               |               |     |     | KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ                                |                            |                                                  | 2024-09-24 07:51:53 |  |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                               |               |     |     | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA                            |                            |                                                  | 2024-09-24 15:44:54 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                               |               |     |     | KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ                                |                            |                                                  | 2024-09-26 13:48:06 |  |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                               |               |     |     | KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ                                |                            |                                                  | 2024-09-26 13:48:45 |  |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                               |               |     |     | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA                            |                            |                                                  | 2024-09-26 15:45:16 |  |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                               |               |     |     | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                            |                            |                                                  | 2024-09-28 16:18:38 |  |
| 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                            |                            |                                                  | 2024-10-11 10:38:30 |  |

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.



**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**  
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 208.000                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 5         | 800                   | 0              | 208.800       | 1             |

| TOTALES CAJAS |             |             |              |           |                   |               |               |
|---------------|-------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre      | NIT         | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF22         | Colsubsidio | 860007336-1 | 26.000       | 5         | 100               | 26.100        | 1             |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 163.100       |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.800       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.900        |
| CCF                    | 1                              | 26.000                              | 26.100        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 4                              | 428.200                             | 429.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                            |        |                                         |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|-----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE           |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1000578119        | KAREN SOFIA SUAREZ RAMIREZ |        | Cll 136 A Sur #14 -73 Urb. Buenavista 1 | 3196967426         | SOFIA_SUAREZ0963@OUTLO OK.COM       |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL            | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                            | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                            |        | BOGOTÁ D. C.                            | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                            |        |                                         |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                            |        |                                         |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2024-08              | 2024-08                           | I             | 10/09/2024               | 79318165        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$429.900     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                            |           |        |           |                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |     |     |     |     |          |          |           |                   |                      |                      |                                |                                 |          |              |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------|--------|-----------|----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|----|-----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|-------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|--------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                            |           |        |           |                |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |     |    |     |     |     |     | SALUD    |          |           | RIESGOS LABORALES |                      |                      | CCF                            |                                 |          | PARAFISCALES |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres        | Cotizante | Sueldo | Excedente | Colom exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN    | IOE | MA | VAC | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización        | Voluntari o 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   | 1000578119            | SUAREZ RAMIREZ KAREN SOFIA | 59        | 0      |           |                | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |         |     |    |     |     |     |     |          | 230301   | 1.300.000 | 208.000           | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS002   | 1.300.000    | 162.500                | 14-11    | 1.300.000 | 3               | 31.700     | CCF22      | 1.300.000 | 26.000     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

- 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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?SíNo

| 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

blank

| Descripción              |                                                   | Nombre del archivo                      | Cargado por |           |         |
|--------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 FEBRERO VISTA HERMOSA.pdf           | CTO 2638-2024 FEBRERO VISTA HERMOSA.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 MARZO VISTA HERMOSA.pdf             | CTO 2638-2024 MARZO VISTA HERMOSA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 ABRIL VISTA HERMOSA.pdf             | CTO 2638-2024 ABRIL VISTA HERMOSA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 MAYO VISTA HERMOSA.pdf              | CTO 2638-2024 MAYO VISTA HERMOSA.pdf    | Proveedor   | Descargar | Detalle |
|                          | CTO-2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf (Archivado) | CTO-2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf             | CTO 2638-2024 JUNIO VISTA HERMOSA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
|                          | CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA.pdf (Archivado) | CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA.pdf   | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA I.pdf           | CTO 2638-2024 JULIO VISTA HERMOSA I.pdf | Proveedor   | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | CTO 2638-2024 AGOSTO VISTA HERMOSA.pdf            | CTO 2638-2024 AGOSTO VISTA HERMOSA.pdf  | Proveedor   | Descargar | Detalle |

< Evalua

Karen Sofía Suárez Ramírez  
CAT. 0613498

Configuración Entidad  
Estatal / Proveedor

24 Sep, 2024(UTC -5) 7:44:22

Salir



C5v1aOWsO6

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

SUAREZ RAMIREZ KAREN SOFIA

---

1000578119

---

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:  
**IMPLEMENTACIÓN MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS  
TELESALUD**

Con una intensidad horaria de : 6 horas

Para constancia se expide:  
septiembre 26, 2024