

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-10-01	Hasta:	2024-10-31	
Nombre Contratista:	del	JOVANNA VARGAS GARZON		Número de Documento:	23647037
Correo Electrónico:	jovanna.int@gmail.com			Número Telefónico:	319578471
Nombre Supervisor:	del	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2720-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38UL	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS DANUBIO AZUL	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
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 1670280	2617
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1670280	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MARZO	\$ 1670280	
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
\$ 5010840		\$ 16702800	\$ 13362240
			\$ 3340560
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	- Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud, según el perfil	- Programación por parte del profesional de enlace, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección.
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.	- Apoyo a la demanda inducida, apoyo en los procedimientos de enfermería, cumplir con protocolos de desinfección de los consultorios	- Charlas, actas correos, formatos de asistencia
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 define el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya)	- Realizar oportunamente las notas de enfermería, en las historias clínicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos	- Historia clínica, DINAMICA
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 Pre crítica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios	- Bases de datos.
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 cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud y las RIAS.	- Resolución de casos y disminución de quejas.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Resolución de casos y disminución de quejas.	- Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correos electrónicos.

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 de Anterior		\$ 1670280
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80209081	-			
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	29					
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	COLFONDOS	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 211000	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 164900	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 32200	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 408100	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24055385017	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JOVANNA VARGAS GARZON			2024-10-29 14:45:19	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2024-10-30 15:30:14	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2024-10-31 22:22:01	

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
	PERIODO SALUD				PERIODO PENSIONES	1
TOTAL A PAGAR						
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	80209081	\$408.100	

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	162.500	0		0		0	20	2.400	0	164.900	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	208.000	0	0	0	0	20	3.000	0	211.000	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	31.700				31.700	20	500	32.200			317	32.200	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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	162.500	164.900
Pensión	1	208.000	211.000
Riesgos Laborales	1	31.700	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	408.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	23647037	JOVANNA VARGAS GARZON		Cr 30 41 87 Sur	3160545587	jovannav83@gmail.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
2024-09	2024-09	I	29/10/2024	80209081	10
					TOTAL A PAGAR
					\$408.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	23647037	VARGAS GARZON JOVANNA	57	0		N																			25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 10:23:31
JOVANNA VARGAS



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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		
☐	CTO 2720 FEBRERO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	CTO 2720 FEBRERO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2720 MARZO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf.pdf	CTO 2720 MARZO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 2720 ABRIL 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf.pdf (Archivado)	CTO 2720 ABRIL 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de Actividades Número 184160.pdf (Archivado)	Informe de Actividades Número 184160.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 2720 ABRIL 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf (Archivado)	CTO 2720 ABRIL 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CTO 2720 2024 ABRIL USS DANUBIO.pdf	CTO 2720 2024 ABRIL USS DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2720 2024 MAYO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	CTO 2720 2024 MAYO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2720 JUNIO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	CTO 2720 JUNIO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2720 JULIO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf.pdf	CTO 2720 JULIO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO. 2720 AGOSTO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	CTO. 2720 AGOSTO 2024 CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2720 2024 SEPTIEMBRE CENTRO DE SALUD DANUBIO..pdf	CTO 2720 2024 SEPTIEMBRE CENTRO DE SALUD DANUBIO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo