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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	NURY YANETH MORENO RONDON		**Número de Documento:**	52738734	
Correo Electrónico:	mariajose1982@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3103162836	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1473-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	ENFERMERO				
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	Procetaje(%) Centro de Costos
J09ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	12	19370	$3719040	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3719040**	**TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL CUARENTAPESOS**					

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	$ 8948940	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 7748000	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 6430840	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 1627080	2617
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 3254160	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 3719040
3	ABRIL	$ 3486600
4	MAYO	$ 3486600
5	JUNIO	$ 3486600
6	JULIO	$ 3719040
7	AGOSTO	$ 3486600
8	SEPTIEMBRE	$ 3486600
9	OCTUBRE	$ 3719040

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10808460	**$ 35563320**	**$ 31844280**	**$ 3719040**

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 Enfermero(a) 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-cumplir con el objeto del contrato en coordinación del supervisor de este, acorde a las necesidades de los servicios de la SUBREDSUR.	--Historia clínica plan de cuidados
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.	-Dar indicación a los usuarios acerca del plan de tratamiento durante estancia hospitalaria y el egreso	--Historia clínica
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (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), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás 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)	--Historia clínica del sistema establecido o físico del tratamiento administrado al usuario y novedades si hay lugar a ellas.	--Historia clínica y auditorías
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-participar en la elaboración de protocolos, guías y demás de forma activa y con compromiso	--Formatos guías y procedimientos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	--aplicar conocimientos profesionales en la administración de medicamentos, Aplicando los 10 correctos	---Historia clínica
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	--Actualizar las rutas para poder orientar a los usuarios.	---Historia clínica y auditorías
7	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.	-participar en las revistas médicas y valoración de los pacientes de las diferentes disciplinas	--Revista medica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	--Realizar la revisión del carro de paro según corresponde el cronograma los 5 primeros días de cada mes	-Carpeta y formatos de carro de paro
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	--verificar los registros de enfermería y hacer retroalimentación de los mismos	-Historia clínica
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---Las que establezca la institución	--Las que establezca la institución

© 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	$ 3486600
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80487550	-		
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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	$ 1394640	$ 223142	**$ 223400**
Salud		COMPENSAR		$ 174330	**$ 174600**
ARL	3	SURA		$ 33973	**$ 34100**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 404752**	**$ 432100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	22736349144

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NURY YANETH MORENO RONDON	2024-10-27 22:08:37
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NURY YANETH MORENO RONDON	2024-10-27 22:46:07
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NURY YANETH MORENO RONDON	2024-10-27 22:52:11
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NURY YANETH MORENO RONDON	2024-10-27 23:03:43
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-10-29 13:17:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NURY YANETH MORENO RONDON	2024-10-29 14:44:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-10-29 15:48:39
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-01 12:01:12
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	2024-11-14 11:18:23

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 LEGUIZAMON
ENFERMERO

© Siasur - 2024

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	52738734	NURY YANETH MORENO RONDON	transversal 13hbisa # 49a 27 sur	7143171	mariajose1982@hotmail.com	
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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80487550	$460.100	

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	174.400	0		0		0	1	200	0	174.600	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	223.200	0	0	0	0	1	200	0	223.400	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	34.000				34.000	1	100	34.100			340	34.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.900	1	100	28.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	174.400	174.600
Pensión	1	223.200	223.400
Riesgos Laborales	1	34.000	34.100
CCF	1	27.900	28.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	459.500	460.100

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	52738734	NURY YANETH MORENO RONDON		transversal 13hbisa # 49a 27 sur	7143171	mariajose1982@hotmail.com	
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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80487550	$460.100	

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	Estornudo	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	52738734	MORENO RONDON NURY YANETH	59	0			N																	25-14	1.394.640	223.200	0	0	0	0	EPS008	1.394.640	174.400	14-11	1.394.640	3	34.000	CCF24	1.394.640	27.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1. Modificación del contrato
2. Información general
3. Condiciones
4. Bienes y servicios
5. Documentos del Proveedor
6. Documentos del contr...
7. Información presupuestal
8. Ejecución del Contrato
9. Modificaciones del Contrato
10. Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Documentos del contrato

	Descripción	Nombre del documento	Detalle
☐	NEC-HOSPT-ENFERMERO-156.pdf	NEC-HOSPT-ENFERMERO-156.pdf	(detalle)
☐	CDP 433.pdf	CDP 433.pdf	(detalle)
☐	CTO-1473-2024.pdf	CTO-1473-2024.pdf	(detalle)
☐	NEC-ADC-PRO-DIRHOSPITALARIOS.pdf	NEC-ADC-PRO-DIRHOSPITALARIOS.pdf	(detalle)
☐	CDP 1022.pdf	CDP 1022.pdf	(detalle)
☐	ADC-PR-CTO- 1473-2024 .pdf	ADC-PR-CTO- 1473-2024 .pdf	(detalle)
☐	CUENTA1473ABRIL2024.pdf	CUENTA1473ABRIL2024.pdf	(detalle)
☐	NEC-ADC-PR-HOSPITALARIOS.pdf	NEC-ADC-PR-HOSPITALARIOS.pdf	(detalle)
☐	CDP 1547.pdf	CDP 1547.pdf	(detalle)
☐	ADC-PR-CTO-1473-2024.pdf	ADC-PR-CTO-1473-2024.pdf	(detalle)
☐	NEC-HOSPITALARIOS.pdf	NEC-HOSPITALARIOS.pdf	(detalle)
☐	CDP 2136.pdf	CDP 2136.pdf	(detalle)
☐	ADC-PR-CTO-1473-2024.pdf	ADC-PR-CTO-1473-2024.pdf	(detalle)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >