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:**	2024-12-01	**Hasta:**	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	XIMENA RATIVA CRISTANCHO		**Número de Documento:**	52743497	
Correo Electrónico:	Raxi-8126@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3004677007	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2567-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	70	4	10510	$777740	39.8%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	70	4	10510	$777740	39.8%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	40	34	10510	$777740	39.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2333220**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 6810480	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 4351140	1544

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 4603380	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 2017920	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 1639560	2773
6	2024-12-01	2024-12-31	6	$ 63060	2962
7	2024-12-31	2025-01-20	7	$ 855514	26
8	2024-12-31	2025-01-09	8	$ 699966	2962

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 2270160
2	MARZO	$ 2270160
3	ABRIL	$ 2459340
4	MAYO	$ 2459340
5	JUNIO	$ 2396280
6	JULIO	$ 2459340
7	AGOSTO	$ 1954860
8	SEPTIEMBRE	$ 1954860
9	OCTUBRE	$ 2522400
10	NOVIEMBRE	$ 2270160
11	DICIEMBRE	$ 2333220

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5864580	**$ 26905600**	**$ 25350120**	**$ 1555480**

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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio -historia clínica de los pacientes atendidos entro de los turnos programados	-historia clínica de los usuarios atendidos
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.	-Aplicación de los protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos.	histori aclinica de los usuarios atendidos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Ejecutar tratamientos, inyectología, veno punciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos.	-lista de chequeo sonda y catteter
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.	-Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería.	-historia clnica de usuarios atendidos
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-Realización de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional	recibo y entrega de turno
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales, control de líquidos y órdenes de enfermería.	-historia clinica de los paciente s

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	7950746585	-		$ 2270160
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTOSESENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 280000**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 474200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	447160417

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	XIMENA RATIVA CRISTANCHO	2024-12-14 20:14:23
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	XIMENA RATIVA CRISTANCHO	2024-12-14 20:15:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2024-12-15 09:13:02
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-16 15:43:28
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	2025-01-17 15:40:09

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

© Siasur - 2025