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:	CAMILO RAMIREZ GUZMAN		**Número de Documento:**	12207269	
Correo Electrónico:	crg1569@gmail.com		**Número Telefónico:**	3504459463	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2092-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
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
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	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	$ 7321860	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 8135400	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 6159660	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 2504760	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 5049540	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 534612	2962

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	$ 1363648	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 1363648	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	$ 534612	2962

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 3486600
2	MARZO	$ 3486600
3	ABRIL	$ 3486600
4	MAYO	$ 3719040
5	JUNIO	$ 3486600
6	JULIO	$ 3602820
7	AGOSTO	$ 3719040
8	SEPTIEMBRE	$ 3486600
9	OCTUBRE	$ 3486600
10	NOVIEMBRE	$ 3719040
11	DICIEMBRE	$ 3719040

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10808460	**$ 43776200**	**$ 39398580**	**$ 4377620**

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.	-Prestar servicios con estandares de calidad,oportunos y humanizados	-Historia Clinica
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.	-Educar a los pacientes y cuidadores en estilos y habitosde vida saludables, en manejo de su patologia y tratamiento	-Historia Clinica

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 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)	-Diligenciar correctamente los registros clinicos	-Historia Clinica
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.	-Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guias, protocolos y formatos institucionales	-Historia Clinica
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.	-Conocer y aplicar protocolo de administracion de medicamentos	-Historia Clinica
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Identificacion y canalizacion a los servicios de salud.	-Historia Clinica
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.	-Articulacion y canalizacion intersectorial según necesidades de los usuarios	-Historia Clinica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-Arqueo de Carro de paro según programacion y segumniento diario	-Carpeta y Acta de Carro 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.	-Seguimiento y supervision al personal auxiliar de enfermeria de la unidad	-Formatos institucionales
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Seguimiento a los planes de manejo para que se ejecuten	-Historia Clinica

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	9478859785	-		$ 3719040
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL CUARENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1487616	$ 238019	**$ 238100**
Salud		SÁNITAS		$ 185952	**$ 186000**
ARL	3	SURA		$ 36238	**$ 36300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 431736**	**$ 460400**

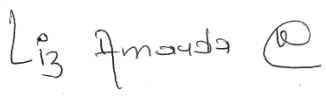
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008400753920

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAMILO RAMIREZ GUZMAN	2024-12-14 07:24:19
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAMILO RAMIREZ GUZMAN	2024-12-14 08:02:37
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2024-12-14 20:01:43
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-16 20:30:23
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 15:40:05

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.



LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12207269		RAMIREZ GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 18 # 3-78 SUR SAN ANTONIO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1121480557	9478859785	I	2024/12/16	2024/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$460,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,488,000	$238,100			$1,488,000	$186,000			$0	$0			$1,488,000	$36,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,488,000	$238,100			$1,488,000	$186,000			$0	$0			$1,488,000	$36,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,488,000	$238,100			$1,488,000	$186,000			$0	$0			$1,488,000	$36,300		$0	$0
1	CC	12207269	RAMIREZ CAMILO	25-14	30	$1,488,000	$238,100	EPS005	30	$1,488,000	$186,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,488,000	$36,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,488,000	$238,100			$1,488,000	$186,000			$0	$0			$1,488,000	$36,300		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12207269		RAMIREZ GUZMAN CAMILO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 18 # 3-78 SUR SAN ANTONIO	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1121480557	9478859785	I	2024/12/16	2024/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$460,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$238,100	$0	$0	$238,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$238,100	$0	$0	$238,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,300	$0	$0	$36,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$36,300	$0	$0	$36,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$186,000	$0	$0	$186,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$186,000	$0	$0	$186,000
TOTAL				1	$460,400	$0	$0	$460,400

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

Datos guardados

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		
☐	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2024 CONTRATO N°2092-24.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2024 CONTRATO N°2092-24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 24 CONTRATO N°2092 - 24.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 24 CONTRATO N°2092.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 24 CONTRATO N°2092 - 24.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 24 CONTRATO N°2092 - 24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 24 CONTRATO N°2092-24.pdf	INFORME MAYO 2024, CTO No.2092-24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2024 CONTRATONo.2092-24 (1).pdf	INFORME JUNIO 2024, CTO No.2092-24 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2024 CONTRATONo.2092-24.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2024 CONTRATONo.2092-24.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2024 CONTRATO N°2092-24	ilovepdf_merged (33).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAS DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2024 CONTRATO N° 2092-24.pdf	ilovepdf_merged (79).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAS DE COBRO MES DE OCTUBRE 2024 CONTRATO N° 2092-24.pdf	ilovepdf_merged (67).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTAS DE COBRO MES DE NOVIEMBRE 2024 CONTRATO N° 2092-24.pdf	ilovepdf_merged (21).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >