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:	JENIFFER CHACON ACUÑA		**Número de Documento:**	1024549566	
Correo Electrónico:	jeniffer.chacona@gmail.com		**Número Telefónico:**	3204766680	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2599-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	ENFERMERO				
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	60	12	19370	$1394640	38.7%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	12	19370	$1394640	38.7%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	12	19370	$1394640	38.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4183920**	**CUATRO MILLONES CIENTOOCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS 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	$ 12203100	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 6392100	1544

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 11970660	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 1820780	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 3525340	2773
6	2024-12-01	2024-12-31	6	$ 581100	2962
7	2024-12-31	2025-01-09	7	$ 1255176	2962
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 1534104	26
9	2024-12-31	2025-01-20	9	$ 1534104	26
10	2024-12-31	2025-01-09	10	$ 1255176	2962

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 5229900
2	MARZO	$ 3835260
3	ABRIL	$ 3719040
4	MAYO	$ 4067700
5	JUNIO	$ 3951480
6	JULIO	$ 4881240
7	AGOSTO	$ 4648800
8	SEPTIEMBRE	$ 5113680
9	OCTUBRE	$ 3835260
10	NOVIEMBRE	$ 3835260
11	DICIEMBRE	$ 4183920

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10808460	**$ 52880100**	**$ 47301540**	**$ 5578560**

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.	-Recibo y entrega de turno,revisión de historia clínica electrónica ,registro actividades de cada uno de los pacientes asignados	-Historia Clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Participar en la educacion del paciente y cuidador sobre habitos de la vida saludable , reforzando las recomendaciones de parte medica .	-Historia Clinica
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)	-Capacitación en el sistema , registros oportunos de las actividades realizadas,revisión de historia clínica electrónica en cada jornada y supervisión de notas de enfermería del personal a cargo para verificar veracidad, secuencia, y coherencia de las actividades realizadas por el personal	-Historia Clínica
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.	-Leer , socializar y aportar según experiencia y conocimiento para nuevos protocolos . Diligenciar los consentimientos según corresponda para cada paciente	-Historia Clínica
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.	-Leer , socializar y aportar según experiencia y conocimiento para nuevos protocolos . Diligenciar los consentimientos según corresponda para cada paciente	-Historia Clínica
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Registro en plantillas de medicamentos por dinámica, notas de enfermería de cada paciente, verificando los 10 correctos	-Historia Clínica
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.	-Tomar conductas según corresponda (PAE)	-Historia Clínica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-Se realizara auditorias concurrentes de notas de enfermeria ,Se vela por el bienestar del usuario frente a la observancia del auxiliar de enfermeria	-Historia Clinica
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.	-Cuidado integral al sujeto de cuidado según el servicio y turno asignado en cumplimiento a las guias, protocolos , verificar cumplimiento de actividades del personal de apoyo que de continuidad al tratamiento del paciente	-Historia Clínica
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Tomar conductas según corresponda (PAE)	-Historia Clínica

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	$ 3835260
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82302424	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1534104	$ 245457	**$ 245500**
Salud		SURA		$ 191763	**$ 191800**
ARL	3	SURA		$ 37371	**$ 37400**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 445228**	**$ 474700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	447150756

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENIFFER CHACON ACUÑA	2024-12-15 08:33:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2024-12-15 09:27:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-16 20:38:28
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 15:40:19

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

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	1024549566	JENIFFER CHACON ACUÑA	diagonal 60 sur # 75 H 47	3204766680	jeniffer.chacona@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82302424	$505.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	191.800	0		0		0	0	0	0	191.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	245.500	0	0	0	0	0	0		245.500	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	37.400				37.400	0	0	37.400			374	37.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.700	0	0	30.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	191.800	191.800
Pensión	1	245.500	245.500
Riesgos Laborales	1	37.400	37.400
CCF	1	30.700	30.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	505.400	505.400

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	1024549566	JENIFFER CHACON ACUÑA		diagonal 60 sur # 75 H 47	3204766680	jeniffer.chacona@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82302424	$505.400	

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	Estornado	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	1024549566	CHACON ACUÑA JENIFFER	59	0			N																	230301	1.534.104	245.500	0	0	0	0	EPS010	1.534.104	191.800	14-11	1.534.104	3	37.400	CCF24	1.534.104	30.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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		
☐	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ABRIL CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ABRIL CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MAYO CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MAYO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JUNIO CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JUNIO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JULIO CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE JULIO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE AGOSTO CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE AGOSTO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE NOVIEMBRE CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE NOVIEMBRE CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >