| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-01-01 | **Hasta:** | 2025-01-20 | |
| **Nombre del Contratista:** | FLOR MERY URREGO AGUIRRE | | **Número de Documento:** | 39795457 | |
| **Correo Electrónico:** | lap911cruz@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3116452457 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2603-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 465 |
| **Perfil:** | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A13TNCP | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | CAPS TUNAL | 24 | 0 | 9155 | $219720 | 18.8% |
| I20NLTN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 72 | 0 | 9155 | $659160 | 56.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 878880** | **OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS 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 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 1715850 | 2773 |
| 6 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 6 | $ 364299 | 2962 |
| 7 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 7 | $ 624371 | 26 |
| 8 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 8 | $ 624371 | 26 |
| 9 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 9 | $ 364299 | 2962 |
| 10 | 2025-01-01 | 2025-01-09 | 10 | $ 364299 | 2962 |
| 11 | 2025-01-09 | 2025-01-20 | 11 | $ 624371 | 26 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1670280 |
| 2 | MARZO | $ 1670280 |
| 3 | ABRIL | $ 1670280 |
| 4 | MAYO | $ 1670280 |
| 5 | JUNIO | $ 1670280 |
| 6 | JULIO | $ 1670280 |
| 7 | AGOSTO | $ 1670280 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1670280 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1670280 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1683230 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 1556350 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5010840** | **$ 21384660** | **$ 18272100** | **$ 3112560** |

| 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 | --Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a la programación de agendas de electroencefalogramas y asignación de consultorios y servicios, solicitud de mesas de ayuda por caídas del sistema | -Agendas de programación y asignación de servicios informado .Indicación escrita de fecha y hora de entrega del reporte |

| 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. | Realizar actividades de información, educación, comunicación especificas para toma de electroencefalogramas, encaminadas a lograr una preparación correcta del paciente para la toma del examen explicando riesgos y beneficios para poder establecer el diagnóstico y tratamiento adecuado. | - Indicación escrita de preparación del examen electroencefalograma y llamadas telefónicas |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica la informaciòn 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) | -Realizar toma de trazo de electroencefalograma de los pacientes ambulatorios y hospitalizados, revisando lista de chequeo de preparación y de identificación del paciente, garantizando la privacidad y seguridad durante el procedimiento y el diligenciamiento del consentimiento informado .Indicación escrita de fecha y hora de entrega del reporte . | -indicación escrita y reporte de electroencefalograma tomado |
| 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. | Realizar limpieza y desinfección de consultorios y entornos de atención del paciente de acuerdo a normatividad, contribuyendo a ofrecer una atención de calidad y segura. | - Planilla limpieza y desinfección |
| 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. | --Realizar llamadas telefónicas a pacientes de la ruta ACV para asignar citas, seguimientos, explicación de la ruta del programa y asignación citas de neurología. | --Drive del programa y consolidación de la información |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Realizar charlas educativas al paciente con diagnóstico de ACV para establecer seguimiento de la evolución de la patología, apoyo familiar, asistencia a citas, cumplimiento de recomendaciones, dieta ,Ejercicios . | - Listado de firmas de asistencia de pacientes a evento educativo |

## 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 | $ 1556350 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 4585937642 | - | | |
| 2024 | DICIEMBRE | 2025 | 01 | 15 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS CINCUENTAPESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 866666.66666667 | $ 138667 | **$ 208000** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 108333 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 21112 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 251524** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870302132 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | FLOR MERY URREGO AGUIRRE | 2025-01-28 17:26:55 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-01-29 16:12:38 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | FLOR MERY URREGO AGUIRRE | 2025-01-30 11:08:09 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-01-30 11:36:18 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | FLOR MERY URREGO AGUIRRE | 2025-01-30 14:59:14 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-01-30 15:00:03 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-01-30 19:43:16 |

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**


***© Siasur - 2025***

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 39795457 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | FLOR MERY URREGO AGUIRRE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 49BBISN.05C-71 SUR | TELÉFONO: | 2056678 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4585937642** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2025/01/15 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991444880 | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 0 | $ 208.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 0** | **$ 208.000** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 162.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 162.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 31.700 | $ 31.700 | $ 0 | $ 0 | $ 31.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 31.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 31.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 39795457 | URREGO AGUIRRE FLOR MERY | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.300.000 | 39795457 | $ 31.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 402.200** |

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 2651-2024 FEBRERO CAPS TUNAL.pdf (Archivado) | CTO 2651-2024 FEBRERO CAPS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 FEBRERO CAPS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 FEBRERO CAPS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 MARZO CDS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 MARZO CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO -2603-2024 ABRIL CDS TUNAL.pdf | CTO -2603-2024 ABRIL CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603 -2024 MAYO -CDS TUNAL.pdf | CTO 2603 -2024 MAYO -CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | 2603-2024 CTA MAYO TUNAL..pdf (Archivado) | 2603-2024 CTA MAYO TUNAL..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 JUNIO CDS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 JUNIO CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 JULIO CDS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 JULIO CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 AGOSTO CDS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 AGOSTO CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 SEPTIEMBRE CDS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 SEPTIEMBRE CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603 2024 OCTUBRE CDS TUNAL.pdf | CTO 2603 2024 OCTUBRE CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO -2603-2024 NOVIEMBRE .CDS TUNAL.pdf | CTO -2603-2024 NOVIEMBRE .CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2603-2024 DICIEMBRE CDS TUNAL.pdf | CTO 2603-2024 DICIEMBRE CDS TUNAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >