

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-01-01 | Hasta: | 2025-01-20 |
| Nombre Contratista: | del YIRENY DIAZ MENESES | Número de Documento: | | 1022994987 |
| Correo Electrónico: | yireny.diaz@gmail.com | | Número Telefónico: | 3133345055 |
| Nombre Supervisor: | del GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | Cargo: | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | Código Grado: - 009-05 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 2612-2024 | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 465 |
| Perfil: | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS SAN JUAN DE SUMAPAZ | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| A38NN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS NAZARETH | 96 | 0 | 12110 | \$1162560 | 73.7% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1162560 | UN MILLON CIENTOSESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS | | | | | |

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 | \$ 4020520 | 1013 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | \$ 4504920 | 1541 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | \$ 4504920 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | \$ 2252460 | 2617 |
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | \$ 2252460 | 2773 |
| 6 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 6 | \$ 675738 | 2962 |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|--|--|---|----|--|------|
| 7 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 7 | \$ 825902 | 26 |
| 8 | 2024-12-31 | 2025-01-20 | 8 | \$ 825902 | 26 |
| 9 | 2024-12-31 | 2025-01-09 | 9 | \$ 675738 | 2962 |
| 10 | 2025-01-01 | 2025-01-09 | 10 | \$ 675738 | 2962 |
| 11 | 2025-01-09 | 2025-01-20 | 11 | \$ 825902 | 26 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |
| 1 | | FEBRERO | | \$ 2252460 | |
| 2 | | MARZO | | \$ 1768060 | |
| 3 | | ABRIL | | \$ 2252460 | |
| 4 | | MAYO | | \$ 2252460 | |
| 5 | | JUNIO | | \$ 2252460 | |
| 6 | | JULIO | | \$ 2252460 | |
| 7 | | AGOSTO | | \$ 2252460 | |
| 8 | | SEPTIEMBRE | | \$ 2252460 | |
| 9 | | OCTUBRE | | \$ 2252460 | |
| 10 | | NOVIEMBRE | | \$ 2252460 | |
| 11 | | DICIEMBRE | | \$ 2252460 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | PAGOS REALIZADOS | |
| \$ 6757380 | | \$ 28797580 | | \$ 24292660 | |
| SALDO DEL CONTRATO | | | | \$ 4504920 | |
| 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes | se realiza atención oportuna y completa a los usuarios actuando con humanización y respeto | | -se refleja a través de las encuestas de satisfacción a los usuarios | |
| 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. | -se brinda información y educación sobre hábitos saludables para llevar una mejor calidad de vida según su edad | | -formato 12 y en notas de enfermería | |

| 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 intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya) | -se llevan a cabo los planes de enfermería según cada uno de los usuarios y su condición identificando correctamente cada uno de ellos dejando en historia clínica cada uno de los planes | -notas de enfermería y registro en historia clínica |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | --Se brinda una asistencia correcta y oportuna en cada uno de los procedimientos del diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Verificación por parte de enfermería y registro en historia clínica |
| 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. | --Entrega de medicamentos y taller crónicos en visitas domiciliarias, educación en hábitos alimenticios hábitos de cuidado en el hogar | --Entrega de medicamentos y taller crónicos en visitas domiciliarias, educación en hábitos alimenticios hábitos de cuidado en el hogar |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Entrega de medicamentos y taller crónicos en visitas domiciliarias, educación en hábitos alimenticios hábitos de cuidado en el hogar | -Registro en historia clínica, libro de novedades |

| 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 | \$ 1162560 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | ENERO | 2025 | 01 | 16 | 83412629 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON CIENTOSESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | PROTECCIÓN | \$ 949000 | \$ 151840 | \$ 227800 |
| Salud | | | | | NUEVA EPS | | \$ 118625 | \$ 178000 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 23118 | \$ 34700 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 275419 | \$ 440500 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4570192288 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | USUARIO | | FECHA | | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | YIRENI DIAZ MENESES | | 2025-01-27 14:53:57 | | | |
| RECHAZADO SUPERVISOR | | | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | 2025-01-30 08:35:27 | | | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | YIRENI DIAZ MENESES | | 2025-01-30 11:13:39 | | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | | 2025-01-30 11:34:24 | | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | | 2025-01-30 12:38:42 | | | |

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

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|---------------------|-----------------------|--------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1022994987 | YIRENI DIAZ MENESES | CARRERA 1B 73B 16 SUR | 9108653 | yireny.diaz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C. |
| | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| | | | | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAMESIANO) | NÚMERO PLANILLA | CAANTIDAD EMPLEADOS |
| | | | | | UPC |
| | | | | | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR |
| | | | | | \$402.200 |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | |
|---------------|-----------|-------------|------------------------|---------------|------------------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 162.500 | 0 | No. Autorización Valor |
| | | | | | 0 0 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante |
| 230201 | Proteccion (ING+ Proteccion) | 800229739-0 | 208.000 | 0 | 0 |
| | | | | | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Aportes Otros |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700 | No. Autorización Valor | Valor Neto Cotización |
| | | | | | 31.700 0 |

| TOTALES CAJAS | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte |
| | | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | | | |
|------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|---------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar | No. Afiliados | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 162.500 | 162.500 | 1 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 | 1 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 | 1 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.200 | 3 | 402.200 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante |
| 230201 | Proteccion (ING+ Proteccion) | 800229739-0 | 208.000 | 0 | 0 |
| | | | | | |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Aportes Otros |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700 | No. Autorización Valor | Valor Neto Cotización |
| | | | | | 31.700 0 |

| TOTALES CAJAS | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte |
| | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | Total a Pagar |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | | | |
|------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|---------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar | No. Afiliados | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 162.500 | 162.500 | 1 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 | 1 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 | 1 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.200 | 3 | 402.200 |