

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-12	Hasta:	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ		Número de Documento:	1012395709	
Correo Electrónico:	esantoya709@uan.edu.co		Número Telefónico:	3133488443	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2236-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	128	0	21230	\$2717440	111.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2717440	DOS MILLONES SETECIENTOS DIECISIETE MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-12	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 30840136	\$ 30840136	\$ 0	\$ 30840136

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

1	1.Realizar guía de práctica clínica.	-Se realizan rondas diarias con el fin de dar cumplimiento y cierre a hallazgos dejados por habilitación, se realiza estrategia de implementación en los servicios para higiene de manos.	-Actas de seguimiento
2	2.Realizar actividades requeridas a fin de realizar seguimiento a indicadores de adherencias a lavado de manos, adherencia protocolos de limpieza y desinfección y demás normas de bioseguridad asociada	-Se realizan rondas diarias con el fin de dar cumplimiento y cierre a hallazgos dejados por habilitación, se realiza estrategia de implementación en los servicios para higiene de manos.	-Actas de seguimiento
3	3.análisis de alertas epidemiológicas en vez de mortalidad materna	-Se realiza mesa de trabajo posterior a comité de prevención de infecciones con líderes para establecer estrategias para aumento de indicadores además de esto se realiza intervención con las diferentes líneas para subsanar hallazgos de habilitación.	-Actas e informes
4	4.Realizar acompañamiento a análisis de eventos de interés en salud Pública distrital a nivel de la subred Integrada de servicios de Salud sur ESE.	-Para este mes no se realizan auditorías por secretaria de salud, sin embargo, al estar en modo acreditación se realizan auditorías internas que son acompañadas por habilitación.	- Actas e informes
5	5.Realizar auditorías de apoyo de investigación seguridad del paciente y/o concurrentes	-Se realizan rondas de seguridad y verificación de los diferentes procesos a evaluar, con seguimiento en BAI	-Actas e informes
6	6.Participar en los análisis de infecciones asociadas a la atención en salud fortalecer en las unidades a la gestión del evento adverso	- Se realiza participación en el comité mensual de infecciones	- Actas e informes
7	7. Hacer el acompañamiento a las visitas de los entes externos según la indicación del jefe de oficina.	-Para este mes no se realizan auditorías por secretaria de salud, sin embargo, al estar en modo acreditación se realizan auditorías internas que son acompañadas por habilitación.	-Actas
8	8. Gestionar la correcta documentación de actividades procedimientos y recomendaciones de vigilancia epidemiológica para el programa de prevención de infecciones.	--Se realizo búsqueda activa de infecciones en los servicios establecidos en el cronograma mensual.	-Actas e informes
9	9.Realizar la entrega oportuna de informes periódicos de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención y programa de optimización de antimicrobianos que le sean requeridos.	-Realizar entrega diaria y envío a los profesionales de enlace según corresponda a los servicios estipulados.	-Actas e informes
10	10. Ser formador activo en las líneas de calidad.	-Divulgar y realizar actividades según cronograma establecido	Actas

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24080203647
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO	FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			ERIKA SANTOYA HERNANDEZ	2025-02-04 19:13:20	
ACEPTADO SUPERVISIÓN			HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-02-05 11:03:54	
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-02-06 16:08:19	

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

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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		
☐ ARL SURA 1012395709 CTO 4363-2024.pdf	ARL SURA 1012395709 CTO 4363-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ INFORME MARZO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME MARZO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME ABRIL CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME ABRIL CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME MAYO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME MAYO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME JUNIO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME JUNIO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME JULIO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME JULIO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME AGOSTO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME AGOSTO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ SEPTIEMBRE CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ OCTUBRE CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME OCTUBRE CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ NOVIEMBRE CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME NOVIEMBRE CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ DICIEMBRE CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME DICIEMBRE CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ ENERO CTO No. 4363-2024.pdf	INFORME ENERO CTO No. 4363-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012395709	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ		CR 86 BIS 84C 44 SUR	3133488443	esantoya709@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	29/01/2025	82461768	\$452.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	180.300	0		0		0	22	2.500	0	182.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	230.800	0	0	0	0	22	3.200	0	234.000	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	35.200				35.200	22	500	35.700			352	35.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	22	0	0	0
ICBF				
0	22	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	180.300	182.800
Pensión	1	230.800	234.000
Riesgos Laborales	1	35.200	35.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	446.300	452.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012395709	ERIKA SANTOYA HERNANDEZ		CR 86 BIS 84C 44 SUR	3133488443	esantoya709@uan.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	29/01/2025	82461768	10
					TOTAL A PAGAR
					\$452.500

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1012395709	SANTOYA HERNANDEZ ERIKA	59	0		N																			25-14	1.442.000	230.800	0	0	0	0	EPS008	1.442.000	180.300	14-11	1.442.000	3	35.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA