

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-01-01	<b>Hasta:</b>	2025-01-20
<b>Nombre Contratista:</b>	del YAZMIN PASTOR ALEJO	<b>Número de Documento:</b>		1069734169
<b>Correo Electrónico:</b>	Yazminpastor07@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3133286563
<b>Nombre Supervisor:</b>	del GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	<b>Cargo:</b>	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	<b>Código Grado:</b> - 009-05

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	2611-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	465
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	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
A38NS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ	96	0	12110	\$1162560	73.7%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 1162560	UN MILLON CIENTOSESENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-02-01			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2024-04-30
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 4408040	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
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO		\$ 2252460		
2	MARZO		\$ 2155580		
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		
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
<b>\$ 6757380</b>		<b>\$ 29185100</b>		<b>\$ 24680180</b>	
<b>SALDO DEL CONTRATO</b>		<b>\$ 4504920</b>			
<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>		<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>	
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	-Realizar actividades según la necesidad del servicio y acorde al perfil		-Registro en historia clínica	
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.	-Brindar educación en los servicios de consulta externa, urgencias y visitas domiciliarias según las patologías de los pacientes		-Registro en historia clinica - formato seguimiento a pacientes cronicos	

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)	- Realizar registro completos e historia clínica según los protocolos establecidos por la institución	-Registro de 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.	-Diligenciar los formatos y consentimientos informados según protocolos establecidos	-Registro de historia clínica - consentimiento informado
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.	-Brindar educación a los pacientes en los diferentes servicios según sus patologías y siguiendo protocolos establecidos	-Registro de historia clínica
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar el proceso de esterilización según los protocolos establecidos -Semana intramural 1 al 3 de enero y del 21 al 26 de enero -Semana extramural del 7 al 10 enero, del 13 al 17 de enero y del 27 al 31 de enero	- realizar acompañamiento a taller de pacientes crónicos -libros de registro del instrumenta - carpeta de seguimiento a indicadores químicos y biológicos - formato seguimiento a crónicos

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior	\$ 1162560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	ENERO	2025	01	16	83417055	-		
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 949000	\$ 151840	\$ 227800
Salud					SALUD TOTAL		\$ 118625	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 23118	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	\$ 275419	\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	de	570004570182438	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PASTOR ALEJO YAZMIN		2025-01-28 15:15:09		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2025-01-29 15:24:27		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-30 09:19:51		

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	1069734169	YAZMIN PASTOR ALEJO	localidad 20 san Juan	3153286563	yazminpastor07@gmail.com
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 (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NÚMERO PLANILLA	CAANTIDAD EMPLEADOS
2025-01	2025-01	I	18/01/2025	83417055	1
PERIODO PENSIONES					UPC
					0
TOTAL A PAGAR					\$440.500

**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
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0	No. Autorización	Valor	0	0	0	178.000
					No. Autorización	Valor	0	0	0	178.000
<b>TOTALES PENSION</b>										
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Días Mora <td>Valor Mora Cotización</td> <td>Valor Mora FSP</td> <td>Total a Pagar</td>	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	0	0	227.800

TOTALES RIESGOS LABORALES										
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700	No. Autorización	Valor	34.700	0	0	347	34.700
				No. Autorización	Valor	34.700	0	0	347	34.700

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0
<b>TOTALES POR SUBSISTEMA</b>			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>440.500</b>	<b>440.500</b>







Datos guardados

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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Forcentaje  Recepción de artículos

Plan de Pagos

? Se requieren emisiones de códigos de autorización?  SI  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
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 USS SAN JUAN.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 USS SAN JUAN.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 MARZO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 ABRIL USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 MAYO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt (Archivado)	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 MAYO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 JUNIO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 JUNIO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 JULIO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt (Archivado)	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 JULIO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 JULIO USS SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 AGOSTO SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 AGOSTO SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 SEPTIEMBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 SEPTIEMBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 OCTUBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 OCTUBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 NOVIEMBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 NOVIEMBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor
<input type="checkbox"/>	CTO 2611-2024 DICIEMBRE SAN JUAN DE SUMAPAZ.pdt	Proveedor

Borrar | Cargar nuevo

Evaluación de la Entidad Estatal

Cancelar