| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-01-21 | **Hasta:** | 2025-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | KARENT LILIANA VEGA TORRES | | **Número de Documento:** | 1023020361 | |
| **Correo Electrónico:** | vegakaren399@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3223062576 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3386-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | ENFERMERO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MARICHUELA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A38ULN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO | 82 | 0 | 18720 | $1535040 | 132.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1535040** | **UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUARENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-21 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 1535040 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 27855360** | **$ 27855360** | **$ 1535040** | **$ 26320320** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de perfil Enfermero(a) al nivel ambulatorio, 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 salud de enfermería enmarcados en la Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud y la ruta Materno Perinatal, enfocados en la atención primaria en servicios ambulatorios. | -Atención a gestantes en control prenatal, niños y niñas en primera infancia e infancia, adolescentes y adultos en cuanto a planificación familiar y consejerías. |
| 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 da educación en enfermería para promover la salud y prevenir la enfermedad en cuanto al momento específico del curso de vida que transcurra el sujeto de cuidado. | -Información en hábitos de vida saludable, periodicidad de los controles según sea el caso, importancia de diversos paraclínicos y laboratorios a tomar, herramientas para el autocuidado, signos de alarma, entre otros. |
| 3 | Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o especios en blanco, sin utilizar siglas, distintas 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). | -Diligenciamiento de historia clínica materno perinatal, primera infancia e infancia, planificación familiar, consejerías VIH, entre otras. | -Registrar en su totalidad la historia clínica específica para cada caso, adjuntando consentimientos informados y soportes pertinentes en caso de ser necesario. |
| 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. | -El cuidado de enfermería brindado en servicios ambulatorios se guía en las rutas y protocolos establecidos por la subred sur, el ministerio de salud y la secretaría de salud. | -Se realizan procedimientos y consultas en el marco de los protocolos establecidos, diligenciando el respectivo consentimiento informado en los casos necesarios. |
| 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. | -Se articula con los diferentes servicios ofrecidos en la institución para la remisión de pacientes a diversas áreas según las necesidades identificadas durante las consultas. | -Remisión de pacientes a consultas para planificación, odontología, optometría, medicina general, ginecología, pediatría, vacunación, psicología, trabajo social, entre otras áreas, siempre y cuando se identifique esta necesidad. |
| 6 | 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. | -Trabajo interdisciplinario en comunicación con otros profesionales para satisfacer las necesidades identificadas en los pacientes. | -Comunicación constante con profesionales de la medicina, odontología, pediatría y otros, con el fin de articular el cuidado para brindarlo de manera integral. |
| 7 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Apoyo en otras áreas que lo necesiten desde el quehacer y la visión de enfermería. | -Brindar asesoramiento, apoyo, acompañamiento y segundas opiniones a otros trabajadores y profesionales según sea el caso. |


***© Siasur - 2025***

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 0550488444443441 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | KARENT LILIANA VEGA TORRES | 2025-02-04 09:25:37 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-02-04 09:28:24 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | KARENT LILIANA VEGA TORRES | 2025-02-04 13:58:00 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | KARENT LILIANA VEGA TORRES | 2025-02-04 14:02:20 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-02-04 14:11:59 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-02-05 18:13:14 |
| 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 | 2025-02-18 16:25:00 |

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**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del**

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**KARENT LILIANA VEGA TORRES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.023.020.361**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICATION

**BOGOTA, D.C.,** **27/01/2025**
**BOGOTA, D.C.,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Banco Davivienda S.A. (Bank) certifies that **Ms. KARENT LILIANA VEGA TORRES** with ID Number **1023020361**,

Holds in the Bank:

**SAVINGS ACCOUNT**

| | |
|---|---|
| Number | **0550488444443441** |
| Opening Date | **27/03/2024** |

Sincerely,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**CERTIFICA QUE:**

El(La) Señor(a) KARENT LILIANA VEGA TORRES identificado(a) con CC. 1023020361 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **2023/04/01** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 27 días del mes de 01 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

SEGUROS BOLÍVAR

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

La empresa
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Identificada con NT No. 900958564

Se encuentra amparada en caso de accidente de trabajo y enfermedad laboral según lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias, a través del contrato de Riesgos Laborales número 1505666909509, a partir del 01 de Agosto del año 2016.

La(s) persona(s) que se relaciona(n) a continuación se encuentran en nuestra base de datos de la siguiente manera:

| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | NOMBRE DEL EMPLEADO | CENTRO DE TRABAJO | CLASE | TASA | FECHA INICIO COBERTURA | FECHA DE RETIRO | TIPO COTIZANTE | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 1023020361 | KAREN LILIANA VEGA TORRES | ASISTENCIAL | 3 | 2.436% | 19/04/2024 | 28/02/2026 | IND CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS MAYOR A 1MES | ACTIVO |

Se expide a solicitud del interesado el 27 de Enero del año 2025.

Firma Representante Legal

Compañía de Seguros Bolívar S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141157684545

(415)7707212489984(8020) **000014115768454 5**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 2 3 0 2 0 3 6 1 | 4 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 2 3 0 2 0 3 6 1 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VEGA | TORRES | KAREN T | LILIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 4 55 05 SUR BRR DANUBIO AZUL

42. Correo electrónico vegakaren399@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 2 3 0 6 2 5 7 6 | 6 0 1 5 6 7 2 4 0 4 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 9 2 | 2 0 2 4 0 1 0 2 | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VEGA TORRES KAREN LILIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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 BOLIVAR 1023020361 CTO 4694-2024.pdf | ARL BOLIVAR 1023020361 CTO 4694-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694 - 2024 ABRIL USS DANUBIO AZUL.pdf | CTO 4694 - 2024 ABRIL USS DANUBIO AZUL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694 - 2024 MAYO USS DANUBIO.pdf | CTO 4694 - 2024 MAYO USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694-2024-JUNIO USS DANUBIO.pdf | CTO 4694-2024-JUNIO USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694-2024-JULIO USS DANUBIO.pdf | CTO 4694-2024-JULIO USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694-2024-AGOSTO USS DANUBIO.pdf | CTO 4694-2024-AGOSTO USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694-2024 SEPTIEMBRE USS DANUBIO.pdf | CTO 4694-2024 SEPTIEMBRE USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694-2024 OCTUBRE USS DANUBIO.pdf | CTO 4694-2024 OCTUBRE USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 4694-2024 NOVIEMBRE USS DANUBIO.pdf | CTO 4694-2024 NOVIEMBRE USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO-4694-2024 DICIEMBRE USS DANUBIO.pdf | CTO-4694-2024 DICIEMBRE USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO-4694 2025 ENERO USS DANUBIO.pdf | CTO-4694 2025 ENERO USS DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >