

**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>	2024-12-01	<b>Hasta:</b>	2024-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	FABIAN MATEO GALINDO BOYACA		<b>Número de Documento:</b>	1033811754
<b>Correo Electrónico:</b>	FABIAN0640MATEO@GMAIL.COM		<b>Número Telefónico:</b>	3226787830
<b>Nombre del Supervisor:</b>	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	<b>Cargo:</b>	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	<b>Código Grado:</b> - 243-20

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	1140-2024	<b>Año Contrato:</b>	2024	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	265
<b>Perfil:</b>	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	0	10510	\$1891800	96.8%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 1891800</b>	<b>UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2024-01-18			<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	\$ 4603380	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 4414200	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 4918680	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 0	0
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 1954860	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 1431462	2962

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

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

<b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 716782	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 716782	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 1431462	2962
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>		<b>Mes Cuenta de Cobro</b>		<b>Valor a Pagar</b>	
1		ENERO		\$ 1513440	
2		FEBRERO		\$ 1765680	
3		MARZO		\$ 1954860	
4		ABRIL		\$ 2017920	
5		MAYO		\$ 1891800	
6		JUNIO		\$ 1891800	
7		JULIO		\$ 2017920	
8		AGOSTO		\$ 1891800	
9		SEPTIEMBRE		\$ 1891800	
10		OCTUBRE		\$ 1891800	
11		NOVIEMBRE		\$ 1765680	
12		DICIEMBRE		\$ 1891800	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>		<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>		<b>PAGOS REALIZADOS</b>	
<b>\$ 6684360</b>		<b>\$ 26871968</b>		<b>\$ 22386300</b>	
<b>SALDO DEL CONTRATO</b>		<b>\$ 4485668</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	-APOYAR AL PERSONAL MEDICO Y PROFESIONAL DE ENFERMERIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, HACIENDO USO DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD		-HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL	
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.	-PROMOVER EN LOS USUARIOS LA GENERACION DE HABITOS Y CONDUCTAS DE VIDA SALUDABLE MEDIANTE ACCIONES DE EDUCACION		-HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL	

<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>
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	-AYUDAR A LA ELABORACION Y CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA CADA PACIENTE SEGÚN SU ESTADO DE ENFERMEDAD PATOLOGIA, COMO REGISTRARLO EN TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CLINICA	-HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL
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.	-AYUDAR A LA ELABORACION Y CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERIA PARA CADA PACIENTE SEGÚN SU ESTADO DE ENFERMEDAD PATOLOGIA, COMO REGISTRARLO EN TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CLINICA	-HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL
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.	-PARTICIPACION EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA	-HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-RECIBO Y ENTREGA DE TURNO SEGÚN EL HORARIO CORRESPONDIENTE, REALIZAR LOS PEDIDOS DE INSUMOS NECESARIOS PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS Y REALIZAR EL DESCARGO DE LOS MISMOS	-HISTORIA CLINICA DINAMICA GERENCIAL

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9477890451	-	\$ 1765680	
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 208000
Salud					NUEVA EPS		\$ 177938	\$ 162500
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 31700
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 402200</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4500071945	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				FABIAN MATEO GALINDO BOYACA		2024-12-13 09:58:08		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				LIZ AMANDA SIERRA PINEDA		2024-12-13 12:37:26		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-12-16 07:15:43		
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		2025-01-17 15:40:23		

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.

*Liz Amanda*

**LIZ AMANDA SIERRA PINEDA  
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033811754		GALINDO BOYACA FABIAN MATEO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 59#23d-19sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	26414692	9477890451	I	2024/12/12	2024/12/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
<b>Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
1	CC	1033811754	GALINDO FABIAN	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS037	30	\$1,300,000	\$162,500	0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0
<b>Total Afiliados( 1)</b>					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033811754		GALINDO BOYACA FABIAN MATEO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 59#23d-19sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	26414692	9477890451	I	2024/12/12	2024/12/11	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$402,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$402,200</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$402,200</b>	

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

#### 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

#### Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	ARL 1033811754 CTO 1140-2024.pdf	ARL 1033811754 CTO 1140-2024.pdf	Comprador	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	INFORME ENERO 2024, CTO No.1140-24	INFORME ENERO 2024, CTO No.1140-24 fabian.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	FEBRERO-1140-2024	FEBRERO-1140-2024 FABIAN.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	MARZO-1140-2024.pdf	MARZO-1140-2024.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	ABRIL 2024, CTO No. 1140-24	ABRIL 2024, CTO No.1140-24 fabian.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Mayo.pdf	Fabian Galindo Mayo.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Junio.pdf	Fabian Galindo Junio.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Julio.pdf	Fabian Galindo Julio.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Agosto.pdf	Fabian Galindo Agosto.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Septiembre.pdf	Fabian Galindo Septiembre.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Octubre.pdf	Fabian Galindo Octubre.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	Fabian Galindo Noviembre.pdf	Fabian Galindo Noviembre.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>