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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	XIMENA RATIVA CRISTANCHO		**Número de Documento:**	52743497	
Correo Electrónico:	Raxi-8126@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3004677007	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2567-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	44	0	10510	$462440	33.8%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	44	0	10510	$462440	33.8%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	44	0	10510	$462440	33.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1387320**	**UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 6810480	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 4351140	1544
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 4603380	2136

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 2017920	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 1639560	2773
6	2024-12-01	2024-12-31	6	$ 63060	2962
7	2024-12-31	2025-01-09	7	$ 699966	2962
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 855514	26
9	2024-12-31	2025-01-20	9	$ 855514	26
10	2024-12-31	2025-01-09	10	$ 699966	2962
11	2025-01-01	2025-01-09	11	$ 699966	2962
12	2025-01-09	2025-01-20	12	$ 855514	26

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 2270160
2	MARZO	$ 2270160
3	ABRIL	$ 2459340
4	MAYO	$ 2459340
5	JUNIO	$ 2396280
6	JULIO	$ 2459340
7	AGOSTO	$ 1954860
8	SEPTIEMBRE	$ 1954860
9	OCTUBRE	$ 2522400
10	NOVIEMBRE	$ 2270160
11	DICIEMBRE	$ 2333220
12	ENERO	$ 1387320

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5864580	**$ 30016560**	**$ 26737440**	**$ 3279120**

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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio -historia clínica de los pacientes atendidos entro de los turnos programados	--historia clínica de los usuarios atendidos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Aplicación de los protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos.	-histori aclinica de los usuarios atendidos
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Ejecutar tratamientos, inyectología, veno punciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos	-ista de chequeo sonda y catteter
4	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.	-Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería.	-historia clnica de usuarios atendidos
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-Realización de la entrega y recibo de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional	-recibo y entrega de turno
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales, control de líquidos y órdenes de enfermería.	-historia clinica de los paciente s

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	$ 2333220
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7952995175	-		
2024	**DICIEMBRE**	**2025**	**01**	**27**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 933288	$ 149326	**$ 208400**
Salud		COMPENSAR		$ 116661	**$ 162900**
ARL	3	SURA		$ 22735	**$ 31800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 270859**	**$ 403100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	447160417

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	XIMENA RATIVA CRISTANCHO	2025-01-27 14:50:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-01-28 17:38:50
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-01-29 11:44:14
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 15:48:46

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS