



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-10, 03:24:54 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1068773887

Periodo Cotización 202412 Periodo Servicio 202412

Cliente:

PAGADA 2025-01-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA RAMIREZ SANTA						
Documento	CC 1023871886				Dirección	CL 19B SUR #16 - 71 AP 201	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE				Teléfono	4715496	
Tipo Persona	NATURAL				Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.				Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal					Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023871886		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ SANTA MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
															0				30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 240.300	\$ 0	\$ 0	\$ 187.700	\$ 36.600	\$ 30.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



← → ↻

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniquelIdentifier=CO1.SLCNTR.12084243

🔍 ☆ ⬇️

Verifica que eres tú

⋮

🖨️

AQUILA Software

🗑️ :: RESULTADOSLAB ::

Todos los marcadores

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 17:33:47

MONICA RAMIREZ SANTA

👤

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar...

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

🔄 Cancelar

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

Evaluación de la Entidad Estatal

Documentos de ejecución del contrato

Documentos de ejecución del contrato

Borrar Cargar nuevo



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-01-10, 03:24:54 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1068773887
Periodo Cotización 202412 Periodo Servicio 202412
Cliente:

PAGADA 2025-01-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA RAMIREZ SANTA				
Documento	CC 1023871886		Dirección	CL 19B SUR #16 - 71 AP 201	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Teléfono	4715496	
Tipo Persona	NATURAL		Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados 1
Ciudad	BOGOTA D.C.		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023871886		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ SANTA MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novidades														Cotización	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales								
EPS	RET	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE	TSE				Código AFP	Código Trans. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Trans. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	
														0	30	30	30	\$ 1.501.440	230301	16%	\$ 1.501.440	\$ 240.300	\$ 0	\$ 0	EP5005		12,5%	\$ 1.501.440	\$ 187.700	\$ 0	14-11	3	2,436%	\$ 1.501.440	\$ 36.600	CCF24	2%	\$ 1.501.440	\$ 30.100	0%	\$ 0	0%	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 240.300	\$ 0	\$ 0	\$ 187.700	\$ 36.600	\$ 30.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-21	Hasta:	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	MONICA RAMIREZ SANTA		Número de Documento:	1023871886	
Correo Electrónico:	monikrs2421@gmail.com		Número Telefónico:	3115153922	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3494-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	60	0	20664	\$1239840	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1239840	UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS 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	\$ 1239840	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 30748032	\$ 30748032	\$ 1239840	\$ 29508192

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 (profesional de apoyo terapeutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	-Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programación.	-Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programación.
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	-Brindar atención humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad con el cliente interno de la subred.	-Brindar atención humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad con el cliente interno de la subred.
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	-Realizar valoración, diagnósticos, pronósticos y plan de tratamiento.	-Realizar valoración, diagnósticos, pronósticos y plan de tratamiento.
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Revisar periódicamente protocolos y guías de manejo.	-Revisar periódicamente protocolos y guías de manejo.
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, así como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud	-Realizar acompañamiento a los clientes interno y externo de la subred.	-Realizar acompañamiento a los clientes interno y externo de la subred.
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Apoyar el manejo integral y cuidado del paciente.	-Apoyar el manejo integral y cuidado del paciente.
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio	-Cumplir con las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional.	-Cumplir con las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	-Apoyar al medico y especialista de turno en las decisiones sobre el paciente.	-Apoyar al medico y especialista de turno en las decisiones sobre el paciente.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de la subred.	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de la subred.

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870353143
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN		USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES		MONICA RAMIREZ SANTA		2025-02-03 20:17:56	
ACEPTADO SUPERVISIÓN		NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-02-04 20:41:17	
ACEPTADO CONTRATACIÓN		ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-02-06 17:26:38	
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 15:49:08	

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

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

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-20		
Nombre del Contratista:	MONICA RAMIREZ SANTA			Número de Documento:	1023871886	
Correo Electrónico:	monikrs2421@gmail.com			Número Telefónico:	3115153922	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS		Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2877-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	480
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	120	0	19550	\$2346000	92.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2346000	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL PESOS					

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	\$ 6920700		1016	
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 7272600		1553	
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 7038000		2136	
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 3519000		2617	
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 3753600		2773	
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 1055700		2962	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 1516400	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 1516400	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 1055700	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 1055700	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 1516400	26
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 3519000	
2		MARZO		\$ 3519000	
3		ABRIL		\$ 3519000	
4		MAYO		\$ 3753600	
5		JUNIO		\$ 3519000	
6		JULIO		\$ 3519000	
7		AGOSTO		\$ 3753600	
8		SEPTIEMBRE		\$ 3519000	
9		OCTUBRE		\$ 3519000	
10		NOVIEMBRE		\$ 3284400	
11		DICIEMBRE		\$ 3753600	
12		ENERO		\$ 2346000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10908900		\$ 47129100		\$ 41524200	\$ 5604900
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 (profesional de apoyo terapeutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programación.		-Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programación.	
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 atención humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad con el cliente interno de la sub red.		-Brindar atención humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad con el cliente interno de la sub red.	

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 toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), 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 o sustituya).	-Realizar valoración, diagnósticos, pronóstico y plan de tratamiento.	-Realizar valoración, diagnósticos, pronóstico y plan de tratamiento.
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Revisar periódicamente protocolos y guías de manejo.	-Revisar periódicamente protocolos y guías de manejo.
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.	-Realizar acompañamiento a los clientes interno y externos de la sub red.	-Realizar acompañamiento a los clientes interno y externos de la sub red.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Apoyar el manejo integral y cuidado del paciente.	-Apoyar el manejo integral y cuidado del paciente.
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Cumplir con las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional.	-Cumplir con las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Apoyar al médico y especialista de turno en las decisiones sobre el paciente.	-Apoyar al médico y especialista de turno en las decisiones sobre el paciente.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de las sub red.	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de las sub red.

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		\$ 3753600
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1068773887	-			
2024	DICIEMBRE	2025	01	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1501440	\$ 240230	\$ 240300	
Salud					SÁNTITAS		\$ 187680	\$ 187700	
ARL				3	SURA		\$ 36575	\$ 36600	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 435748	\$ 464600	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870353143	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					MONICA RAMIREZ SANTA			2025-01-28 17:40:32	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA			2025-01-29 22:37:03	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2025-01-30 17:25:49	
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 15:49:08	

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