| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-02-01 | **Hasta:** | 2025-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | MARIANA ANDREA TORRES GONZALEZ | | **Número de Documento:** | 1020812004 | |
| **Correo Electrónico:** | maratorresgon@unal.edu.co | | **Número Telefónico:** | 3002345249 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3115-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | ENFERMERO | | | | |
| **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 | 56 | 0 | 21230 | $1188880 | 30.1% |
| B02VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 56 | 0 | 21230 | $1188880 | 30.1% |
| B03VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 56 | 0 | 21230 | $1188880 | 30.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3566640** | **TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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 | $ 1528560 | |
| 2 | FEBRERO | $ 3566640 | |


***© Siasur - 2025***

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 31590240 | $ 31590240 | $ 5095200 | $ 26495040 |

| | 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 Enfermero(a) 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 las actividades relacionadas con la disciplina de enfermería. | -Recibo y entrega de turno, trabajo en equipo con otro personal de salud |
| 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. | -Educación al paciente y a su familia respecto a sus patologia, prevencion de complicaciones y al egreso signos de alarma si aplica | -Paciente y familiar reconocen signos de alarma y saben actuar ante ellos |
| 3 | 3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a 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). | -Registro de escala de caidas, planes de cuidado, administracion de medicamentos, glucometrias, escala de lesiones de piel, Registro en la HC213 | -Registro de lo mencionado en la Historia Clinica |
| 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. | -Aplicación de los protocolos institucionales en el cuidado del paciente | -Atencion y proceso de triage, administracion de medicamentos, preparacion de infusiones. |
| 5 | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución. | -Administracion de medicamentos de acuerdo a los 11 correctos | -Mejoria en la salud del paciente |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. | -Al egreso, canalizar a los usuarios para un adecuado seguimiento en salud | seguimiento en salud -Indicaciones a los usuarios respecto a su patologia, medicamentos e interconsultas de segumiento |
| 7 | 7). 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 con el personal de salud y del hospital para un adecuado cuidado del paciente | -Egreso satisfactorio del paciente |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | -Segumiento y registro de los formatos de carro de paro y kit de emergencia | -Actas de seguimiento |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya. | -Registros clinicos , trabajo en equipo con el personal auxiliar | -Adecuado seguimiento por parte de enfermeria al paciente |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Actividades que propicien la mejoría en salud del paciente. | -Trabajo interdisciplinario, adecuados registros clínicos, satisfacción del paciente |


***© Siasur - 2025***

## 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 | $ 1528560 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 84099676 | - | | |
| 2025 | ENERO | 2025 | 02 | 11 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | UN MILLON QUINIENTOS VEINTIOCHO 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 | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 253400** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 177938 | **$ 198100** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 38600** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 490100** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488432776158 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARIANA ANDREA TORRES GONZALEZ | 2025-02-24 15:55:42 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-02-24 16:36:27 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MARIANA ANDREA TORRES GONZALEZ | 2025-02-25 03:22:19 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-02-25 07:41:22 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | JENNY PATRICIA MORENO GONZALEZ | 2025-02-27 09:27:08 |
| 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 | 2025-03-13 10:16:40 |

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**


***© Siasur - 2025***