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:**	2025-04-01	**Hasta:**	2025-04-30	
Nombre del Contratista:	LUZ ADRIANA CIFUENTEZ VERGARA		**Número de Documento:**	53130317	
Correo Electrónico:	adrianita-1985-cv@hotmial.com		**Número Telefónico:**	3214072134	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3237-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS NAZARETH				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38NN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS NAZARETH	186	0	12958	$2410188	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2410188**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CIENTOOCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 1166220	
2	FEBRERO	$ 2410188	
3	MARZO	$ 2410188	
4	ABRIL	$ 2410188	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

© Siasur - 2025

$ 19281504	**$ 19281504**	**$ 8396784**	**$ 10884720**

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 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.	-Se realiza apoyo a médicos , jefe de enfermería y demás personal que solicita apoyo. Se realiza aplicación de protocolos de limpieza y desinfección en la unidad. Se realiza apoyo en archivo de historia clínicas.	-Formato 12 y evolución en historia clínica.
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 realiza atención oportuna y completa a los usuarios actuando con humanización y respeto.	-Se evidencia en encuestas de satisfacción al usuario.
3	Registrar en la historia clínica la informaciòn 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).	-Se llevan a cabo los planes de enfermería según cada uno de los usuarios y su condición identificando correctamente cada uno de ellos dejando en historia clínica cada uno de los planes.	-Registro notas de enfermería en historia clínica.
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.	-Se realiza un manejo correcto de insumos al ser entregados por farmacia, utilizando el formato correspondiente siendo evidenciado en historia clínica de cada paciente.	-Formato de farmacia e historia clínica.
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 brinda una asistencia correcta y oportuna en cada uno de los procedimientos del servicio.	-Verificación por parte de la jefe de enfermería , registro en historia clínica según procedimiento.
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Socialización de piezas comunicativas de información general a nivel institucional.	-Encuestas de satisfacción al usuario.

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	$ 2410188
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1071901187	-		
2025	**ABRIL**	**2025**	**04**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL CIENTOOCHENTA Y OCHOPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 228900**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 178900**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34900**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 413129**	**$ 442700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4500201696

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ ADRIANA CIFUENTEZ VERGARA	2025-04-22 18:21:36
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2025-04-26 21:04:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2025-04-28 14:17:48

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

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-11, 09:49:46 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2025
Empresa	LUZ ADRIANA CIFUENTES VERGARA
CEDULA CIUDADANIA	CC 53130317
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071901187
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1404085607
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 471.400
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	$ 227.800	$ 1.100
N860066942	EPS008	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	1	$ 178.000	$ 900
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 34.700	$ 200
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 28.500	$ 200
		SubTotales:		$ 469.000	$ 2.400
		Total a Pagar:			$ 471.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

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		
Cuenta Diciembre-Contrato No 2606-2024.pdf (Archivado)	Cuenta Diciembre-Contrato No 2606-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Cuenta Enero-Contrato No3237-2025.pdf (Archivado)	Cuenta Enero-Contrato No3237-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 Enero-Nazaret.pdf	CTO3237-2025 Enero-Nazaret.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025 FEBRERO-H.pdf	CTO3237-2025 FEBRERO-NAZARETH.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
2025MARZO-NAZARETH.pdf	CTO3237-2025MARZO-NAZARETH.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >