

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |           |     |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 26/05/2025               | 86833618        | \$476.300 |     |

| TOTALES SALUD |                 |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre          | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                 |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS002        | Salud Total EPS | 800130907-4 | 191.100                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 10        | 1.300                 | 0              | 192.400       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 37.300                 |                  |       |                        | 37.300                | 10        | 300                   | 37.600              |                            |                     | 373               | 37.600        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               | No. Afiliados |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar |               |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 10        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 10        | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |               |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|---------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN     | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 52936868          | YENNI KATERINE PAEZ CASTIBLANCO |        | KR 16 B 55 13 | 7608746            | ykcpij@hotmail.com                  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO  | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |        | BOGOTÁ D. C.  | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                                 |        |               |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                 |        |               |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC       |
| 2025-04              | 2025-04                           | I             | 26/05/2025               | 86833618        | \$476.300 |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                 |           |         |           |                 |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|----|---------|----|----|----|----|----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                 |           |         |           |                 |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |    | PENSIÓN |    |    |    |    |    |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres             | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de riesgo | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SILN | IDE | MA | MA      | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL      | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 52936868              | PAEZ CASTIBLANCO YENNI KATERINE | 59        | 0       |           | N               |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |    |         |    |    |    |    |    | 230301   | 1.528.560 | 244.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS002   | 1.528.560 | 191.100                | 14-11    | 1.528.560    | 3               | 37.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

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

|                          |
|--------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORME</b> |
|--------------------------|

|                         |                                 |            |                               |                 |
|-------------------------|---------------------------------|------------|-------------------------------|-----------------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                          | 2025-04-01 | Hasta:                        | 2025-04-30      |
| Nombre del Contratista: | YENNI KATERINE PAEZ CASTIBLANCO |            | Número de Documento:          | 52936868        |
| Correo Electrónico:     | ykpcjj@hotmail.com              |            | Número Telefónico:            | 3057567411      |
| Nombre del Supervisor:  | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA      | Cargo:     | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: - |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> |
|---------------------------|

|                               |                                     |               |      |                       |    |
|-------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|----|
| No. Contrato:                 | 3069-2025                           | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil:                       | ENFERMERO                           |               |      |                       |    |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |               |      |                       |    |
| Unidad de Servicios:          | USS MEISSEN                         |               |      |                       |    |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|---------------------------------|

| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| B02ME                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN                                           | 180          | 12                       | 21230      | \$4076160 | 103.2%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 4076160                          | CUATRO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL CIENTOSESENTAPESOS |              |                          |            |           |                                |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |
|--------------------------------------------|

|                                     |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| 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                                |            |
| 3                                   | MARZO               | \$ 3821400                                |            |
| 4                                   | ABRIL               | \$ 4076160                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                           | PAGOS REALIZADOS                                                                                                                                           | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 31590240                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | \$ 31590240                                                                                                                                                                                                                                        | \$ 12992760                                                                                                                                                | \$ 18597480        |
| 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Prestar servicios de salud de forma eficaz con atención integral y de calidad, crear condiciones óptimas para la población.                                                                                                                        | --Explicar al usuario de forma íntegra, proceso que se tenga que realizar como posibles procedimientos y o administración de medicamentos                  |                    |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Disponer de una buena información educación y comunicación con el paciente para que pueda comprender su patología y tratamiento.                                                                                                                  | -Realización de consentimientos informados explicando tanto al paciente como al familiar proceso en el momento de la hospitalización y o observación       |                    |
| 3                                                       | 3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, 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 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). | -Establecer un manejo efectivo de las historias clínicas registrando posibles complicaciones o situaciones que pueda presentar el paciente durante el turno.                                                                                       | - Registro en la historia clínica notas de enfermería, procedimientos, administración de medicamentos, solicitar toma de exámenes que el paciente requiera |                    |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Conocer y adherirse a los protocolos y guías que mejore la institución garantizando cien por ciento del manejo de estos. Como Adecuado lavado de manos, utilizar elementos de protección personal, realización de procedimientos según protocolo. | Como Adecuado lavado de manos, utilizar elementos de protección personal, realización de procedimientos según protocolo.                                   |                    |
| 5                                                       | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -Conocer las rutas integrales que maneja la subred sur para así garantizar una atención integral a los usuarios de la red                                                                                                                          | - Realización de interconsultas y manejo de SIASUR según la necesidad del paciente                                                                         |                    |
| 6                                                       | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -Prestar una atención óptima y responsable como Enfermera a cada uno de los pacientes según sus necesidades                                                                                                                                        | -Tener en cuenta los aspectos Físicos, emocionales, espirituales brindando bienestar y confort al paciente                                                 |                    |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | --Tener en cuenta el manejo integral que se debe brindar a cada paciente. Identificar las necesidades de cada paciente-                                                                                                                            | -Realización de planes de Enfermería Actividades de Enfermería Administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos                          |                    |
| 8                                                       | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -Garantizar una revisión integral de equipo medicamentos e insumos para ofrecer una atención inmediata a un paciente en estado crítico.                                                                                                            | -Diligenciamiento de formato de apertura de Carro de Paro junto con su semaforización, fechas de vencimiento y limpieza                                    |                    |

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

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

| <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>                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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. | -Evaluar el cuidado y la atención integral que brinda Enfermería al paciente.     | -Revisar notas de enfermería así como vigilar el cuidado integral que se deben tener con los pacientes como toma de laboratorios, procedimientos, así brindar una atención oportuna e integral |
| 10                                                             | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                   | -Relación Enfermero paciente conocer e identificar su situación y /o necesidades  | -Realizar plan de enfermería teniendo claro su diagnóstico, planeación, ejecución y Evaluación.                                                                                                |

| 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 |                     | \$ 3821400     |
| AÑO                                                     | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     | 86054372                                                   | -                          |                                                  |                     |                |
| 2025                                                    | MARZO                 | 2025          | 04             | 25      |                                                            |                            |                                                  |                     |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                       |               |                |         | TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                     |                |
| Item                                                    |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social                    | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |                     | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |                       |               |                |         | NO                                                         | PORVENIR                   | \$ 1528560                                       | \$ 244570           | \$ 246200      |
| Salud                                                   |                       |               |                |         | SALUD TOTAL                                                |                            |                                                  | \$ 191070           | \$ 192400      |
| ARL                                                     |                       |               |                |         | 3                                                          | SURA                       |                                                  | \$ 37236            | \$ 37600       |
| Caja de Compensación                                    |                       |               |                |         | NO                                                         |                            | Total                                            | \$ 443619           | \$ 476200      |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                       |               |                |         |                                                            |                            |                                                  |                     |                |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |                                                            | Número de Cuenta           | 4870364892                                       |                     |                |
| HISTÓRICO                                               |                       |               |                |         |                                                            |                            |                                                  |                     |                |
| OBSERVACIÓN                                             |                       |               |                |         | USUARIO                                                    |                            |                                                  | FECHA               |                |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                       |               |                |         | YENNI KATERINE PAEZ CASTIBLANCO                            |                            |                                                  | 2025-04-25 09:22:01 |                |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |                |         | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA                                 |                            |                                                  | 2025-04-27 21:09:16 |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |                |         | YENNI KATERINE PAEZ CASTIBLANCO                            |                            |                                                  | 2025-04-28 05:57:38 |                |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                       |               |                |         | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA                                 |                            |                                                  | 2025-04-28 08:27:26 |                |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                       |               |                |         | YENNI KATERINE PAEZ CASTIBLANCO                            |                            |                                                  | 2025-04-28 10:15:32 |                |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                       |               |                |         | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA                                 |                            |                                                  | 2025-04-28 10:17:07 |                |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                       |               |                |         | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                           |                            |                                                  | 2025-04-29 18:01:02 |                |

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**