

|                                                                                   |                                                   |  |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | 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:                   | 2025-05-01 | Hasta:                        | 2025-05-31      |        |
| Nombre del Contratista: | MARISOL TORRES RIOS      |            | Número de Documento:          | 52817001        |        |
| Correo Electrónico:     | marytorresr83@gmail.com  |            | Número Telefónico:            | 3115050518      |        |
| Nombre del Supervisor:  | LIZ AMANDA SIERRA PINEDA | Cargo:     | ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20 | Código - Grado: | 243-20 |

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

|                               |                                      |               |      |                       |    |
|-------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|----|
| No. Contrato:                 | 2207-2025                            | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil:                       | ENFERMERO                            |               |      |                       |    |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |               |      |                       |    |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNAL                            |               |      |                       |    |

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

| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                                     | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| I01TN                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL                                                  | 180          | 0                        | 21230      | \$3821400 | 99.1%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3821400                           | TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS PESOS |              |                          |            |           |                               |

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

|                                     |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-11          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-31 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | ENERO               | \$ 1019040                                |            |
| 2                                   | FEBRERO             | \$ 3566640                                |            |
| 3                                   | MARZO               | \$ 2547600                                |            |
| 4                                   | ABRIL               | \$ 2547600                                |            |
| 5                                   | MAYO                | \$ 3821400                                |            |

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

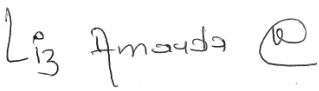
| \$ 30840136                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 30840136                                                                                                          | \$ 13502280                    | \$ 17337856 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------|
| 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 con estándares de calidad,oportunos y humanizados                                                 | -Historia Clinica              |             |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Educar a los pacientes y cuidadores en estilos y habitosde vida saludables, en manejo de su patología y tratamiento | -Historia Clinica              |             |
| 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya). | -Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guías, protocolos y formatos institucionales                        | -Historia Clinica              |             |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guías, protocolos y formatos institucionales                        | -Historia Clinica              |             |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | --Conocer y aplicar protocolo de administracion de medicamentos                                                      | -Historia Clinica              |             |
| 6                                                       | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Identificacion y canalizacion a los servicios de salud.                                                             | -Historia Clinica              |             |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -Articulacion y canalizacion intersectorial según necesidades de los usuarios                                        | -Historia Clinica              |             |
| 8                                                       | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | -Arqueo de Carro de paro según programacion y segumniento diario                                                     | -carpeta y actas carro de paro |             |

| 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. | --Seguimiento y supervision al personal auxiliar de enfermeria de la unidad | -Formatos institucionales |
| 10                                                      | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                   | -Seguimiento a los planes de manejo para que se ejecuten                    | -Historia Clinica         |

| 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 |                     |            |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO             | MES | DÍA            | 86555399                                                       | -                          |                                                  |                     | \$ 2547600 |
| 2025                                                    | ABRIL | 2025            | 05  | 26             |                                                                |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |                 |     |                | DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS PESOS |                            |                                                  |                     |            |
| 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                                        | \$ 231000           |            |
| Salud                                                   |       |                 |     |                | SALUD TOTAL                                                    |                            | \$ 177938                                        | \$ 180500           |            |
| ARL                                                     |       |                 |     | 3              | SURA                                                           |                            | \$ 34676                                         | \$ 35200            |            |
| Caja de Compensación                                    |       |                 |     | NO             |                                                                | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 446700           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |       |                 |     |                |                                                                |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        |       | BANCO DE BOGOTÁ |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                        |                            | Número de Cuenta                                 | 062085642           |            |
| HISTÓRICO                                               |       |                 |     |                |                                                                |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |       |                 |     |                | USUARIO                                                        |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |       |                 |     |                | MARISOL TORRES RIOS                                            |                            |                                                  | 2025-05-25 09:47:49 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |       |                 |     |                | LIZ AMANDA SIERRA PINEDA                                       |                            |                                                  | 2025-05-25 16:01:33 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |       |                 |     |                | EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA                                    |                            |                                                  | 2025-05-28 09:14:59 |            |

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.



**LIZ AMANDA SIERRA PINEDA**  
**ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20**

| 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               | 86555399        | \$455.500     |     |

| 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 | 178.000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 21        | 2.500                 | 0              | 180.500       | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-4                      | Vida Colpatría S.A. | 860002183-9 | 34.700                 |                  |       |                        | 34.700                | 21        | 500                   | 35.200              |                            |                     | 347               | 35.200        | 1             |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 21        | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 21        | 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                  | 52817001          | MARISOL TORRES RIOS |        | cll 1g bis#29b-54 | 3115050518         | marytorresr83@gmail.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               | 86555399        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$455.500     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                     |           |         |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |         |    |     |     |     |          |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |              |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|-----------|---------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|---------|----|-----|-----|-----|----------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|--------------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                     |           |         |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |    | PENSIÓN |    |     |     |     |          |          |           | SALUD      |                      |                      | RIESGOS LABORALES              |                                 |          | CCF       |                        |          | PARAFISCALES |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SIL | IOE | MA | MA      | MA | AVP | VCT | IRL | CONEXIÓN | 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   | 52817001              | TORRES RIOS MARISOL | 59        | 0       |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |     |     |    |         |    |     |     |     |          | 25-14    | 1.423.500 | 227.800    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS002   | 1.423.500 | 178.000                | 14-4     | 1.423.500    | 3               | 34.700     | CCF24      | 1.423.500 | 8.600      | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

