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:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	JENIFFER CHACON ACUÑA		**Número de Documento:**	1024549566	
Correo Electrónico:	jeniffer.chacona@gmail.com		**Número Telefónico:**	3204766680	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3127-2025	**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	62	0	21230	$1316260	33.3%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	62	0	21230	$1316260	33.3%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	62	0	21230	$1316260	33.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3948780**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTAPESOS**					

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	$ 3948780	
3	MARZO	$ 4203540	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 4076160
5	MAYO	$ 4076160
6	JUNIO	$ 3948780

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 31590240**	**$ 21781980**	**$ 9808260**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Gestionar los procesos y procedimientos para la Gestión de camas.	-Recibo y entrega de turno,revisión de historia clínica electrónica ,registro actividades de cada uno de los pacientes asignados	-Historia Clinica
2	2.Optimizar los recursos de capacidad instalada de los servicios de hospitalización de los diferentes USS de la subred sur con el fin de optimizar el giro cama, priorizando las necesidades en salud de los usuarios.	-Participar en la educacion del paciente y cuidador sobre habitos de la vida saludable , reforzando las recomendaciones de parte medica .	-Historia Clinica
3	3. Realizar seguimiento de indicadores de gestión en análisis y la evaluación del comportamiento la calidad y productividad de los servicios ejecutando mecanismos desde la operación en el marco del control y ajuste como acciones de mejora.	-Capacitación en el sistema , registros oportunos de las actividades realizadas,revisión de historia clínica electrónica en cada jornada y supervisión de notas de enfermería del personal a cargo para verificar veracidad, secuencia, y coherencia de las actividades realizadas por el personal	-Historia Clinica
4	4.Cumplir con las demás actividades relacionadas al objeto del contrato indicadas por el supervisor del mismo de acuerdo a las necesidades del servicio	-Leer , socializar y aportar según experiencia y conocimiento para nuevos protocolos . Diligenciar los consentimientos según corresponda para cada paciente	-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	$ 4076160
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	87085484	-		
2025	**MAYO**	**2025**	**06**	**16**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CUATRO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL CIENTOSESENTAPESOS**

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1630464	$ 260874	**$ 260900**
Salud		SURA		$ 203808	**$ 203900**
ARL	3	SURA		$ 39718	**$ 39800**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 473193**	**$ 504600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	447150756

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENIFFER CHACON ACUÑA	2025-06-23 15:22:10
RECHAZADO SUPERVISOR	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-06-25 15:06:32
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JENIFFER CHACON ACUÑA	2025-06-25 19:01:18
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-06-26 07:46:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-06-30 05:26:45

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

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		
	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO 2599-2024.pdf (Archivado)	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE DICIEMBRE CTO 2599-2024.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE DICIEMBRE CTO 2599-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO 3127-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO 3127-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE FEBRERO CTO 3127-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE FEBRERO CTO 3127-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MARZO CTO 3127-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE MARZO CTO 3127-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ABRIL CTO 3127-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ABRIL CTO 3127-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de Actividades Número Mes de Mavo CTO 3127-2025.pdf	Informe de Actividades Número Mes de Mayo CTO 3127-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024549566	JENIFFER CHACON ACUÑA	diagonal 60 sur # 75 H 47	3204766680	jeniffer.chacona@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	87085484	$537.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	203.900	0		0		0	0	0	0	203.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	260.900	0	0	0	0	0	0		260.900	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	39.800				39.800	0	0	39.800			398	39.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.700	0	0	32.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	203.900	203.900
Pensión	1	260.900	260.900
Riesgos Laborales	1	39.800	39.800
CCF	1	32.700	32.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	537.300	537.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024549566	JENIFFER CHACON ACUÑA		diagonal 60 sur # 75 H 47	3204766680	jeniffer.chacona@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	16/06/2025	87085484	$537.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1024549566	CHACON ACUÑA JENIFFER	59	0			N																	230301	1.630.464	260.900	0	0	0	0	EPS010	1.630.464	203.900	14-11	1.630.464	3	39.800	CCF24	1.630.464	32.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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