

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31
Nombre del Contratista:	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR		Número de Documento:	1013674478
Correo Electrónico:	h.steven.rc97@gmail.com		Número Telefónico:	3046049969
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado: 243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4537-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	433
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	120	0	10510	\$1261200	64.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1261200	UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-03-20			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 4792560	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 2648520	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 4351140	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 1576500	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 2017920	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 0	0

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-09	7	\$ 0	2962
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ABRIL		\$ 2144040	
2		MAYO		\$ 2080980	
3		JUNIO		\$ 1828740	
4		JULIO		\$ 2017920	
5		AGOSTO		\$ 2017920	
6		SEPTIEMBRE		\$ 2080980	
7		OCTUBRE		\$ 945900	
8		NOVIEMBRE		\$ 1513440	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2774640		\$ 18161280		\$ 14629920	\$ 3531360
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	---CUIDADO INTEGRAL AL SUJETO DE CUIDADO, SEGÚN EL SERVICIO Y TURNO ASIGNADO EN CUMPLIMIENTOS LAS GUÍAS Y PROTOCOLOS		---NOTAS DE ENFERMERIA, AUDITORIA CONCURRENTES	
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	---cUIDADO INTEGRAL AL SUJETO SEGÚN EL SERVICIO Y TURNO ASIGNADO, BRINDAR CUIDADO DIRECTO AL PACIENTE, TOMA DE SIGNOS VITALES, HOJA NEUROLÓGICA CONTROL DE LÍQUIDOS, ASEO DEL PACIENTE, CANALIZACIÓN DE VENAS , TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIOS, ROTULACION.		--NOTAS DE ENFERMERIA, AUDITORIA CONCURRENTES	
3	Registrar en la historia clinica la informacion de la intervencion al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultanea o inmediatamente despues de su realizacion, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (logica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o medico del servicio, los cambios en el estado o evolucion del paciente.	---DAR CUMPLIMIENTO AL 100% DE LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO CONTRACTUAL, REALIZAR LOS CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERIA, SEGÚN NORMAS DE LA INSTITUCION Y EL EJERCICIO PROPIO DE ENFERMERIA		---DAR CUMPLIMIENTO AL 100% DE LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO CONTRACTUAL, REALIZAR LOS CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERIA, SEGÚN NORMAS DE LA INSTITUCION Y EL EJERCICIO PROPIO DE ENFERMERIA	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	---DAR CUMPLIMIENTO AL 100% DE LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO CONTRACTUAL, REALIZAR LOS CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN NORMAS DE LA INSTITUCIÓN Y EL EJERCICIO PROPIO DE ENFERMERÍA	---NOTAS DE ENFERMERÍA, AUDITORIA CONCURRENTES
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	---CONTROL DE INSUMOS DEL SERVICIO, QUE REQUIERE EL PACIENTE, UTILIZAR RACIONALMENTE EL MATERIAL DE CONSUMO QUE SEA NECESARIO PARA CUMPLIR EL OBJETO CONTRACTUAL	---INVENTARIO POR SISTEMA, AUDITORIAS CONCURRENTES
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	---DIFUNDIR Y PRACTICAR, DERECHOS, DEBERES, MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN SEGÚN LA PLATAFORMA DE ESTRATEGIA	---DIFUNDIR Y PRACTICAR, DERECHOS, DEBERES, MISIÓN Y VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN SEGÚN LA PLATAFORMA DE ESTRATEGIA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 1513440	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9478147453	-			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON QUINIENTOS TRECE MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	COLFONDOS	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 208000
Salud						COMPENSAR		\$ 177938	\$ 162500
ARL					3	POSITIVA		\$ 34676	\$ 31700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 413129	\$ 402200

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	de	0550488440048988
------------------	-----------------------	----------------	---------	------------------	----	------------------

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2024-12-14 19:21:12
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-12-15 08:23:05
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2024-12-15 18:15:50
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-12-15 19:24:54
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2024-12-18 11:47:35
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-12-18 12:54:15
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2025-08-04 14:48:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2025-08-04 14:48:44
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-08-04 14:51:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2025-08-04 14:52:04
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-08-04 14:55:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HAMMER STEVEN RUIZ CUELLAR	2025-08-04 14:55:57

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-08-04 14:56:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-08-04 14:59:24

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.



IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013674478		RUIZ CUELLAR HAMMER STEVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 B SUR 12 A 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046549969	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1127415735	9478147453	I	2024/12/18	2024/12/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0
1	CC	1013674478	RUIZ HAMMER	231001	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS008	30	\$1,300,000	\$162,500	0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,300,000	\$31,700	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$31,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013674478		RUIZ CUELLAR HAMMER STEVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 B SUR 12 A 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046549969	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1127415735	9478147453	I	2024/12/18	2024/12/16	BANCO DAVIVIENDA	0	\$402,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$31,700	\$0	\$0	\$31,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500	
TOTAL				1	\$402,200	\$0	\$0	\$402,200	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013674478		RUIZ CUELLAR HAMMER STEVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 B SUR 12 A 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046549969	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1629212836	9488743061	I	2025/01/21	2025/07/15	NEQUI	175	\$373,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0
1	CC	1013674478	RUIZ HAMMER	231001	25	\$1,083,334	\$173,400	EPS008	25	\$1,083,334	\$135,500	0	\$0	\$0	14-23	25	\$1,083,334	\$26,400	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$1,083,334	\$173,400			\$1,083,334	\$135,500			\$0	\$0			\$1,083,334	\$26,400		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013674478		RUIZ CUELLAR HAMMER STEVEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG 32 B SUR 12 A 19	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3046549969	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1629212836	9488743061	I	2025/01/21	2025/07/15	NEQUI	175	\$373,200

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$173,400	\$19,600	\$0	\$193,000	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$173,400	\$19,600	\$0	\$193,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,400	\$3,000	\$0	\$29,400	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$26,400	\$3,000	\$0	\$29,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$135,500	\$15,300	\$0	\$150,800	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$135,500	\$15,300	\$0	\$150,800	
TOTAL				1	\$335,300	\$37,900	\$0	\$373,200	