

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-08-01	Hasta:	2025-08-31
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: -

DATOS DEL CONTRATO

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				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	180	24	21230	\$4330920	109.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4330920	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 7218200	1314
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	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	MAYO	\$ 4076160	
6	JUNIO	\$ 4076160	
7	JULIO	\$ 4330920	
8	AGOSTO	\$ 4330920	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 31590240		\$ 38808440	\$ 29806920
			\$ 9001520
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 (Resolucion 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 adherirme a los protocolos y guías que se encuentren en 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.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 optima 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 usuario	-Tener en cuenta los aspectos Físicos, emocionales, espirituales brindando bienestar y confort al usuario
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 integra 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.
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 integra 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 integra
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		\$ 4330920
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	88675596	-			
2025	JULIO	2025	05	27					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1732368	\$ 277179	\$ 278700	
Salud					SALUD TOTAL		\$ 216546	\$ 217800	
ARL				3	SURA		\$ 42200	\$ 42700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 502768	\$ 539200	
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			2025-08-29 12:45:34	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA			2025-08-29 12:55:25	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA			2025-08-31 06:41:32	

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

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	
2025-08	2025-08	I	24/09/2025	89478352	\$539.300	

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	216.600	0		0		0	9	1.300	0	217.900	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	42.300				42.300	9	300	42.600			423	42.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	ykcj@hotmai.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
2025-08	2025-08	I	24/09/2025	89478352	10
					TOTAL A PAGAR
					\$539.300

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	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	1.732.368	277.200	0	0	0	0	EPS002	1.732.368	216.600	14-11	1.732.368	3	42.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA