| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-10-01 | **Hasta:** | 2025-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JENNIFER PARRA ALBARRACIN | | **Número de Documento:** | 52958181 | |
| **Correo Electrónico:** | jenniferparra0317@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3003471276 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3110-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **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 | 29 | 0 | 38110 | $1105190 | 15.6% |
| B02VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 29 | 0 | 38110 | $1105190 | 15.6% |
| B03VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 30 | 0 | 38110 | $1143300 | 16.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3353680** | **TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 0 | 0 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | $ 0 | 0 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | ENERO | $ 1600620 |
| 2 | FEBRERO | $ 2057940 |
| 3 | MARZO | $ 5259180 |
| 4 | ABRIL | $ 5030520 |
| 5 | MAYO | $ 5030520 |
| 6 | JUNIO | $ 5030520 |
| 7 | JULIO | $ 5030520 |
| 8 | AGOSTO | $ 6402480 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 4115880 |
| 10 | OCTUBRE | $ 3353680 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 56707680** | **$ 56707680** | **$ 42911860** | **$ 13795820** |

| 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 Médico(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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | -Atender los pacientes que requieran atención en las Unidades de Medicina Interna de la Subred Sur, de acuerdo a mi perfil | -Historia Clínica sistematizada |
| 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. | -Dentro de la consulta o revista médica se realiza información y socialización de los cuidados que debe tener tanto el paciente como su entorno familiar. | -Historia Clínica sistematizada |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya). | Diligenciamiento total de la historia clínica con los datos de la atención dada al paciente | -Historia Clínica sistematizada |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Colaboración activa en la elaboración y revisión de los protocolos, guías y procedimientos Institucionales de acuerdo a mi perfil | -Protocolos, guías y procedimientos. |
| 5 | 5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud. | -Protocolos, guías y procedimientos | -Pacientes identificados y caracterizados |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Diligenciamiento de los formatos que hacen parte de la historia clínica de acuerdo a los procesos y procedimientos institucionales, así como revisión de los mismos para un trámite adecuado. | --Historia Clínica sistematizada |
| 7 | 7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio. | -Identificación, seguimiento y canalización de pacientes que requieran un manejo integral de acuerdo a sus patologías | -Historia Clínica sistematizada |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -Acompañamiento y trabajo interdisciplinario con el equipo asistencial a fin de dar un excelente servicio al paciente. | -Historia Clínica sistematizada |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Realizar ingresos, evoluciones, revista medica, respuesta a las interconsultas y planes de tratamiento. | -Historia Clínica sistematizada |

## 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 | $ 4115880 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9493155647 | - | | |
| 2025 | SEPTIEMBRE | 2025 | 10 | 10 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | CUATRO MILLONES CIENTOQUINCE MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1646352 | $ 263416 | **$ 406400** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 205794 | **$ 317500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 40105 | **$ 61900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 477804** | **$ 785800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0570004870373810 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JENNIFER PARRA ALBARRACIN | 2025-10-22 19:26:18 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JENNIFER PARRA ALBARRACIN | 2025-10-22 19:46:43 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-10-29 10:04:24 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2025-10-31 05:55:16 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-11-18 12:41:31 |

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**

68f96c11-c488-4bed-b4cd-9958ac1f0899

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Jennifer Parra*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

**Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)**

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 84,17 %

22 de octubre de 2025

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=68f96c11-c488-4bed-b4cd-9958ac1f0899

# Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52958181 | | PARRA ALBARRACIN JENNIFER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 7 SUR #10 A 42 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3003471276 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-09 | 2025-09 | 1843399550 | 9493155647 | I | 2025/10/20 | 2025/10/10 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $836,600 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $406,400 | $0 | $0 | $406,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $406,400 | $0 | $0 | $406,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $61,900 | $0 | $0 | $61,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $61,900 | $0 | $0 | $61,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $50,800 | $0 | $0 | $50,800 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $50,800 | $0 | $0 | $50,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $317,500 | $0 | $0 | $317,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $317,500 | $0 | $0 | $317,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $836,600 | $0 | $0 | $836,600 |



2025/10/10 02:22 PM

**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? Si 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 N° 3110-2025.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES DE ENERO CTO N° 3110-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES DE FEBRERO CTO N° 3110-2025.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES DE FEBRERO CTO N° 3110-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES MARZO CTO 3110-2025.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES MARZO CTO 3110-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES ABRIL CTO 3110-2025.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES ABRIL CTO 3110-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES MAYO CTO 3110-2025.pdf.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES MAYO CTO 3110-2025.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES JUNIO CTO 3110-2025.pdf.pd.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES JUNIO CTO 3110-2025.pdf.pd.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES JULIO CTO 3110-2025.pdf.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES JULIO CTO 3110-2025.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES AGOSTO CTO 3110-2025.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES AGOSTO CTO 3110-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | INFORME DE ACTIVIDADES MES SEPTIEMBRE CTO 3110-2025.pdf | INFORME DE ACTIVIDADES MES SEPTIEMBRE CTO 3110-2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |