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:	RUBEN ALBERTO ZAPATA MUÑETON		**Número de Documento:**	1024505432	
Correo Electrónico:	cirdan0618@gmail.com		**Número Telefónico:**	3133065770	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2851-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS JERUSALEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01VC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS JERUSALEN	180	72	21230	$5349960	135.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5349960**	**CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS**					

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	2025-07-15	NUL	1	$ 2972200	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	$ 15922500	1314
3	2025-10-20	2025-11-30	3	$ 6114240	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 2717440
2	FEBRERO	$ 4840440

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 5477340
4	ABRIL	$ 5859480
5	MAYO	$ 5222580
6	JUNIO	$ 5222580
7	JULIO	$ 5222580
8	AGOSTO	$ 5732100
9	SEPTIEMBRE	$ 5349960
10	OCTUBRE	$ 5349960

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 56599180**	**$ 50994460**	**$ 5604720**

	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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-preste una atención con buenas prácticas utilizando los elementos de bioproteccion personal, Informar oportunamente al médico tratante y familiares, el devenir de la atención brindada y cambios clínicos del paciente, conforme a los lineamientos del contratante atención según cada perfil profesional de manera correcta	-Historia clínica
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.	-Brinde a los usuarios y pacientes hábitos de vida saludables, mediante acciones de educación	-Historia clínica
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, 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 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,sustituya).	-Diligencie clara, correcta y oportunamente la historia clínica y demás documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normativa legal vigente en el sistema de información de la subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realicen los auxiliares, cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad	-Historia clínica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Realicé correcto uso mantenimiento y administración de los equipos, medicamentos e insumos de los servicios, que la subred le confié para la ejecución de las actividades pactadas, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	-Historia clínica

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	- Administre y registre medicamentos en la historia clínica con la aplicación de los 11 correctos formato libro de entrega de turno con letra clara legible y sin tachones en el Kardex	-Historia Clínica
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Apoye a los médicos diligencien formato de canalización de gestantes, sala era, maltrato, desde urgencias y observación clínica	-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.	-asistí a las reuniones de actualización de protocolos para el manejo integral y articular si se requiere con equipo multidisciplinario	- Historia clínica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-realice Listas de chequeo y seguimientos del carro de paro y kits para los primeros 5 días de cada mes	-Historia clínica
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.	-diligencie clara, correcta y oportunamente documentación del servicio cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente en el sistema de información de la subred, igualmente velar por el adecuado diligenciamiento de documentos que realicen los auxiliares, cumpliendo con los parámetros exigidos en la normatividad legal vigente, cumpliendo con lo establecido en los manuales de bioseguridad	-Historia clínica
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realice los cursos para brindar un mejor servicio con los nuevos protocolos	-Historia clínica

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	$ 5349960
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7986718154	-		
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**14**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CINCO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2139984	$ 342397	**$ 344400**
Salud		SALUD TOTAL		$ 267498	**$ 269000**
ARL	3	SURA		$ 52130	**$ 52500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 621066**	**$ 665900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570004870373398

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	RUBEN ALBERTO ZAPATA MUÑETON	2025-10-29 12:25:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	RICARDO MARTINEZ GALVIS	2025-10-29 14:18:41
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-31 05:51:16
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 12:42:51

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.



RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024505432
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RUBEN ALBERTO ZAPATA MUNETON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 60 NO 77 16 SUR	TELÉFONO:	7797306
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7986718154**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/10/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1845700175

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002530552	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 341.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 341.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 266.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 266.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 52.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 657.200**
VALOR MORA:	**$ 2.500**
TOTAL PAGADO:	**$ 659.700**

Planilla Pagada

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		
	2851-2025 FEBRERO.pdf (Archivado)	2851-2025 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 ENERO.pdf	2851-2025 ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2351-2025 FEBRERO.pdf	2351-2025 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2351-2025 MARZO.crdownload	2351-2025 MARZO.crdownload	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 ABRIL.pdf	2851-2025 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 MAYO.pdf	2851-2025 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 JUNIO.pdf	2851-2025 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 JULIO.pdf	2851-2025 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 AGOSTO.pdf	2851-2025 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2851-2025 SEPTIEMBRE.pdf	2851-2025 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1024505432
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RUBEN ALBERTO ZAPATA MUNETON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 60 NO 77 16 SUR	TELÉFONO:	7797306
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7992736830**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	21		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/10/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1886271921
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7986718154	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/10/14

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 3.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 3.200	$ 100	$ 3.300
SUBTOTALES:										**$ 3.200**	**$ 100**	**$ 3.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.500	$ 0	$ 100	$ 0	$ 2.500	$ 100	$ 0	$ 2.600
SUBTOTALES:													**$ 2.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 2.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 500	$ 500	$ 100	$ 0	$ 600
SUBTOTALES:									**$ 500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1024505432	ZAPATA MUNETON RUBEN ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.200.000				NO							A	01-30									230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 2.124.000	$ 339.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 339.900	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.124.000	$ 265.500	$ 0	$ 265.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.124.000	102450543	$ 51.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1024505432	ZAPATA MUNETON RUBEN ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.200.000				NO							C	01-30	01-30								230901-SKANDIA OBLIGATORIO	30	$ 2.144.000	$ 343.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 343.100	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 2.144.000	$ 268.000	$ 0	$ 268.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.144.000	102450543	$ 52.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1024505432	ZAPATA MUNETON RUBEN ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.200.000				NO							R	01-30	01-30								230901-SKANDIA OBLIGATORIO	0	$ 20.000	$ 3.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 3.200	EPS002-SALUD TOTAL	0	$ 20.000	$ 2.500	$ 0	$ 2.500	14-11 - ARL SURA	0	$ 20.000	102450543	$ 500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 6.500

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada