

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	LAURA VERONICA CEPEDA ESTEBAN		Número de Documento:	1000806768
Correo Electrónico:	lvcepeda@fucsalud.edu.co		Número Telefónico:	3012057954
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	Cargo:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	Código Grado: - 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4389-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Perteneces:	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
I06TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	54	21230	\$4967820	125.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4967820	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-22			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	\$ 10699920	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 4076160	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	ENERO			\$ 1783320	
2	FEBRERO			\$ 4585680	
3	MARZO			\$ 4585680	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	ABRIL	\$ 4713060	
5	MAYO	\$ 5349960	
6	JUNIO	\$ 5095200	
7	JULIO	\$ 4076160	
8	AGOSTO	\$ 3821400	
9	SEPTIEMBRE	\$ 4330920	
10	OCTUBRE	\$ 4967820	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 31590240		\$ 46366320	\$ 43309200
			\$ 3057120
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 acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SURE.SE, 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 como enfermero profesional en el servicio de hospitalización cuarto norte.	-registros de historia clínica, programación de actividades según la agenda proyectada.
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.	-asistir a las capacitaciones, realizar los cursos por mao según el requerimiento.	- asistencia a los cursos, certificaciones por MAO.
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 e 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. Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	-Realizar registros de enfermería según la necesidad de los pacientes y realizar auditoría a las notas de enfermería, teniendo en cuenta que esto avala las actividades del profesional de enfermería.	- registros de notas de enfermería.
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.	- realizar las intervenciones de enfermería según el plan de cuidado de enfermería.	-plan de cuidado de enfermería.

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 por la institución.	- administración de medicamentos teniendo en cuenta los 11 correctos.	-registro de administración de medicamentos.
6	6 apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-realizar las intervenciones de enfermería según el plan de cuidado de enfermería.	-plan de cuidado de enfermería.
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.	-liderar los servicios de salud, procurando la adecuada comunicación entre los grupos interdisciplinarios.	-kardex de enfermería, entrega de turno y registros de enfermería.
8	8) Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-realizar el arqueo del carro de paro según la asignación del servicio.	--custodia y seguimiento del carro de paro con los registros diarios.
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.	-enfermero profesional.	-registros clínicos.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- apoyar la atención directa con el paciente teniendo como pilar la humanización y brindar cuidados basando en la evidencia.	-producto de 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		\$ 4330920
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	90576190	-			
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	10					
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	\$ 277200	
Salud					SÁNTITAS		\$ 216546	\$ 216600	
ARL				3	SURA		\$ 42200	\$ 42300	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 502768	\$ 536100	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	13164904541	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LAURA VERONICA CEPEDA ESTEBAN		2025-10-29 12:55:19		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LIZ AMANDA SIERRA PINEDA		2025-10-29 13:06:00		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-10-31 06:24:43		
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 12:41:56		

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.

Liz Amanda

LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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 ENERO CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME ENERO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME FEBRERO CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME FEBRERO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME MARZO CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME MARZO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME ABRIL CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME ABRIL CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME MAYO CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME MAYO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME JUNIO CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME JUNIO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ INFORME JULIO CTO No. 4389-2025.pdf	INFORME JULIO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
AGOSTO CTO No. 4389-	INFORME AGOSTO CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
SEPTIEMBRE CTO No. .pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO No. 4389-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000806768	LAURA VERONICA CEPEDA ESTEBAN		Cll1 f 19b 86	3012057954	laverocesteban15@gmail.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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90576190	\$536.100

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	216.600	0		0		0	0	0	0	216.600	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	277.200	0	0	0	0	0	0		277.200	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	0	0	42.300			423	42.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	216.600	216.600
Pensión	1	277.200	277.200
Riesgos Laborales	1	42.300	42.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	536.100	536.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000806768	LAURA VERONICA CEPEDA ESTEBAN		Cil1 f 19b 86	3012057954	laverocesteban15@gmail.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
2025-09	2025-09	I	10/10/2025	90576190	\$536.100
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna excedente	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1000806768	CEPEDA ESTEBAN LAURA VERONICA				57	0			N																	230301	1.732.368	277.200	0	0	0	0	EPS005	1.732.368	216.600	14-11	1.732.368	3	42.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA