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:**	2025-10-31	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	JESUS DAVID REINA CUBILLOS		**Número de Documento:**	1074158630	
Correo Electrónico:	DEIVID122@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3184414962	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2069-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS USME				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B03TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	12	21230	$4203540	3271.2%
B03UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS USME	0	36	21230	$764280	594.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4967820**	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-25		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 10048844	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 4904130	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1273800

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 3566640
3	MARZO	$ 4076160
4	ABRIL	$ 3821400
5	MAYO	$ 4713060
6	JUNIO	$ 4585680
7	JULIO	$ 4585680
8	AGOSTO	$ 4840440
9	SEPTIEMBRE	$ 4139850
10	OCTUBRE	$ 4967820

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30840136	**$ 45793110**	**$ 40570530**	**$ 5222580**

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	---prestacion de servicios profesionales de acuerdoa los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecucion de las actividades programasdas por la sub redsur,archivadas en el registrp de enfermeria	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
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.	--se educara en promocion y prevencion a los usuarios de acuerdo a los estilos, habitos y conductas de salud, mediante linemaientos institucionales	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
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).	-se diligenciara clara, correcta y oportunamente en el registro de enfermeria y demas documentos todo lo realizado con el paciente y revisar el debido diligenciamiento de las mismas por pare del auxiliar de enfermeria.	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA

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 enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-se realizan procesos propios y de apoyo de equipos e insumos en la realizacion de procedimientos requeridos para el apciente y revisar el debido uso de los mismos por parte del auxiliar de enfemeria	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
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.	-se realizan los procesos propios de enfermeria acordes con la atencion y plan de manejo del paciente otorgado por el medico.	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-se educara en promocion y prevencion a los usuarios de acuerdo a los estilos, habitos y conductas de salud, mediante linemaientos institucionales.	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA 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.	-se realizan procesos propios y de apoyo de equipos e insumos en la realizacion de procedimientos requeridos para el apciente y revisar el debido uso de los mismos por parte del auxiliar de enfemeria.	REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-se realiza procesos de enfermeria de acuerdo al manejo de insu,os y su gestion	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
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.	--se da uso adecuado de los recuros, equipos, medicmento e isumos brindados por la subred sur para la ejecucion de la adecuada atencion de los pacientes y se informara oportunamente las novedades que se presenten con los ya mencionados	-REGISTRO, CONSULTA Y NOTIFICACION DE ENFERMERIA HISTORIA CLINICA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--reunion mensual capaciaciones reuniones de area -	listado soportes d easistencia

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	$ 4139850
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1076662505	-		
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	25				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOTREINTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1655940	$ 264950	**$ 268100**
Salud		FAMISANAR		$ 206993	**$ 209500**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 40339	**$ 40900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 480587**	**$ 518500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	8400734250

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JESUS DAVID REINA CUBILLOS	2025-10-25 18:44:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JESUS DAVID REINA CUBILLOS	2025-10-28 15:48:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-10-31 09:45:55
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-31 13:31:53
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 12:43:38

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