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:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	FREDDY JAIR BENITEZ GONZALEZ		**Número de Documento:**	1033728564	
Correo Electrónico:	FREDDYJAIR16@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3017763893	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3116-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
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
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	0	10	11519	$115190	5.4%
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	58	4	11519	$714178	33.3%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	58	4	11519	$714178	33.3%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	58	5	11519	$725697	33.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2269243**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y TRESPESOS**					

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**

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 5747981	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 1854559	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 2933505	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 933039
2	FEBRERO	$ 2246205
3	MARZO	$ 2557218
4	ABRIL	$ 2257724
5	MAYO	$ 2315319
6	JUNIO	$ 2084939
7	JULIO	$ 2649370
8	AGOSTO	$ 2107977
9	SEPTIEMBRE	$ 2522661
10	OCTUBRE	$ 2511142
11	NOVIEMBRE	$ 2269243

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17140272	**$ 27676317**	**$ 24454837**	**$ 3221480**

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 Auxiliar de Enfermería 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.	-Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado de acuerdo a la patología del paciente	-Historias clínicas de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados.
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.	-Aplicación de los protocolos gis manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado de los pacientes.	-Historias clínicas y listas de chequeo de infecciones.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Ejecutar tratamientos de infectología venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos, lavado e higienización de manos	-Lista de chequeo de infecciones sondas y catéteres
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.	-Registro claro corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería	-Historias de los usuarios atendidos
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-Realización de la entrega y recibido de turno según programación, cumpliendo protocolo institucional	-Supervisión del jefe de servicio
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Motivar a los usuarios a tener una mayor responsabilidad en cuanto a sus estilos de vida saludable	-Mediante charlas motivar a los usuarios.

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	$ 2511142
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91177733	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	18				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL CIENTOCUARENTA Y DOSPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488412725605

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FREDDY JAIR BENITEZ GONZALEZ	2025-11-26 11:47:31
RECHAZADO SUPERVISOR	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-11-26 17:04:40
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FREDDY JAIR BENITEZ GONZALEZ	2025-11-26 18:36:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-11-29 12:53:47
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-02 21:58:17
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	2025-12-10 12:42:53

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FREDDY JAIR BENITEZ GONZALEZ
No. Identificación: CC1033728564
Dirección: DIAGONAL 61-20B 36
Telefono: 3017763893
Correo: freddyjair16@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 91177733

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FREDDY JAIR BENITEZ GONZALEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1033728564	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2025
Número de planilla	91177733	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2025
Fecha pago	2025-11-18	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	2093689	**Total Pagado**	440500
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	227800	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	178000	1

91177733

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033728564
APELLIDOS Y NOMBRES: FREDDY JAIR BENITEZ GONZALEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

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		
	Cuenta de cobro Enero 3116-2025 .pdf (Archivado)	Cuenta de cobro Enero 3116-2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro 3116-2025 Enero.pdf	cuenta de cobro 3116-2025 Enero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro 3116-2025 febrero .pdf.pdf	cuenta de cobro 3116-2025 febrero .pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 Marzo.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 Abril.pdf.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 Abril.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 Mayo.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 JUNIO.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 JULIO.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 AGOSTO.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 SEPTIEMBRE.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro 3116-2025 Octubre.pdf	Cuenta de cobro 3116-2025 Octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo