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:	CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ		**Número de Documento:**	1022439248	
Correo Electrónico:	nathaly_9811@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3104526639	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3139-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

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	180	0	21230	$3821400	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3821400**	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS PESOS**					

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	$ 4840440	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3566640	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 3800170	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1528560
2	FEBRERO	$ 3566640

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 3821400
4	ABRIL	$ 3821400
5	MAYO	$ 4076160
6	JUNIO	$ 3821400
7	JULIO	$ 3418030
8	AGOSTO	$ 4076160
9	SEPTIEMBRE	$ 3715250
10	OCTUBRE	$ 3375570
11	NOVIEMBRE	$ 3821400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 43797490**	**$ 39041970**	**$ 4755520**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, segun necesidad de LA SUBRED SURE.SE, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demas normas concordantes.	--1 -Recibo y entrega de turno , revisión de historia clínica y registros en historia clínica según paciente asignado	--1- diligenciamiento de formato carpeta de recibo y entrega de turno segun protocolo de la institucion
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	--2 Educación al paciente y familiar sobre hábitos y vida saludable	--2- registro en notas de enfermería sobre educación a paciente y familiar
3	Registrar en la historia Clinica toda la informacion del acto paramedico (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), simultanea is inmediatamente despues de su realizacion, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	--3 Capacitación en el sistema, registros oportunos de las actividades realizadas, supervisión de notas de enfermería del personal a cargo para verificar veracidad, secuencia y coherencia de las actividades realizadas por el personal a cargo	--3 - Asistencia y diligenciamiento de capacitaciones dentro de la institución

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--4 Leer, socializar y aportar según experiencia y conocimiento para nuevos protocolos diligenciar los conocimientos según corresponda para cada paciente	--4- Registro en historia clínica sobre las retroalimentaciones dadas en equipo de trabajo
5	Asegurar la correcta administracion de medicamentos de acuerdo a la prescripcion medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institucion.	--5-Registro en plantillas de medicamentos por dinámica, notas de enfermería de cada ´paciente, verificando los 10 correctos	--5 - Registro en historia clínica los 10 correctos cuando administro medicamentos según protocolo
6	apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de ate ion en salud.	--6 Desde el triage se orienta a los usuarios a consultar las diferentes rutas de atención según la necesidad de cada paciente	--6- Diligenciamiento de formatos en triage sobre educación que se brinda a un paciente
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.	--7 Tomar conductas según correspondan (PAE)	--7- Diligenciamiento y envío por correo formato de dietas según orden médica de cada paciente
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	--8 Diligenciar nota diaria de carro de paro verificación y registro del mismo , realizar arqueo mensual y cambio de medicamentos vencidos	--8 - Diligenciamiento de Formato de seguimiento mensual de carro de paro y verificación de número de candado según serie
9	Hacer seguimiento de control y evaluacion al personal auxiliar de enfermeria de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	--9 Se realiza auditorias concurrentes de notas de enfermería se vela por bienestar del usuario frente a la observación del auxiliar enfermería	--9 - Registro en nota de enfermería las revisiones y retroalimentaciones con mi equipo de trabajo
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--10 Cuidado integral al sujeto de cuidado según el servicio y turno asignado en cumplimiento alas igual , protocolo , verificación cumplimiento de actividades del personal de apoyo de comunidad al tratamiento del paciente	--10 - Registro en historia de escalas de prevención según patología del paciente

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	$ 3375570
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	90663638	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**04**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTAPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 244700**
Salud		COMPENSAR		$ 177938	**$ 191100**
ARL	3	POSITIVA		$ 34676	**$ 37300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 473100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	019770973

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ	2025-11-25 15:45:10
RECHAZADO SUPERVISOR	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-11-28 18:32:56
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ	2025-11-28 21:21:41
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-11-29 15:35:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-02 21:34:42
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 12:42:14

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

© Siasur - 2025

© Siasur - 2025

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022439248	CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ	cra 89 a bis # 8a -18	3104526639	nathaly_9811@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	90663638	$473.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	191.100	0		0		0	0	0	0	191.100	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	244.700	0	0	0	0	0	0		244.700	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	37.300				37.300	0	0	37.300			373	37.300	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	191.100	191.100
Pensión	1	244.700	244.700
Riesgos Laborales	1	37.300	37.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	473.100	473.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022439248	CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ		cra 89 a bis # 8a -18	3104526639	nathaly_9811@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	04/11/2025	90663638	$473.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1022439248	CHAPARRO RAMIREZ CINDY NATHALY	59	0			N																	230301	1.528.800	244.700	0	0	0	0	EPS008	1.528.800	191.100	14-23	1.528.800	3	37.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DOCUMENTOS PENDIENTES JEFE CINDY.pdf	DOCUMENTOS PENDIENTES JEFE CINDY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO JULIO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE DE CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ NUMERO DE CONTRATO 3139.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

CINDY NATHALY CHAPARRO RAMIREZ

1022439248

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

POLÍTICA DE INTEGRIDAD, CONFLICTO DE INTERESES, ANTISOBORNO Y ANTICORRUPCIÓN

con una intensidad de **2** horas

Para constancia se expide:

23 de octubre de 2025

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ