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:	CRISTIAN CAMILO PELUFFO SEÑA		**Número de Documento:**	1235043594	
Correo Electrónico:	crispese99@gmail.com		**Número Telefónico:**	3003594241	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2093-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS SANTA LIBRADA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS SANTA LIBRADA I	186	66	38110	$9603720	135.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 9603720**	**NUEVE MILLONES SEISCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-11		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-07-15	NUL	1	$ 8574750	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	$ 29497140	1314
3	2025-10-20	2025-11-30	3	$ 12118980	1767
4	2025-11-14	2026-01-16	4	$ 12004650	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 7202790

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 8917740
3	MARZO	$ 8917740
4	ABRIL	$ 9603720
5	MAYO	$ 10061040
6	JUNIO	$ 10289700
7	JULIO	$ 9832380
8	AGOSTO	$ 9832380
9	SEPTIEMBRE	$ 10518360
10	OCTUBRE	$ 11204340
11	NOVIEMBRE	$ 9603720

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 118903200**	**$ 105983910**	**$ 12919290**

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 (medico(a)) acorde con la Lex Artis, segùn 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 demàs normas concordantes.	-Realicé atención a los pacientes de la subred sur según formato de historia clínica de manera ágil, adecuada y en alta calidad. Registros encontrados en historias clínicas del sistema dinámica	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
2	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.	-Eduqué a los pacientes en actividades de promoción y prevención, asistencia a programas de detección temprana de enfermedades, hábitos y estilos de vida saludable	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
3	3). Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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 o sustituya).	-Registré en historia clínica de todos los elementos presentados en el formato de forma clara sin siglas, con base en las guías vigentes para la subred integrada de servicios de salud y las guías científicas actualizadas y vigentes en el manejo de las diferentes patologías que presentan el paciente valorado	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Diligencié consentimientos informados, autorización de procedimientos en servicio tratante. Fichas de notificación de enfermedades con interés en salud publica, certificados de función, ruaf, medicamentos no incluidos en POS mediante formato MIPRES con el fin de garantizar la atención en salud de manera oportuna, con calidad	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, FICHAS DE NOTIFICACION, FORMATO MIPRES, RUAF
5	5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Apoyé en referencia del paciente a especialidades, procedimientos, otras entidades con el fin de garantizar el manejo integral y de calidad de la patología de base.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, FICHAS DE NOTIFICACION, FORMATO MIPRES, RUAF
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Apoyé en referencia del paciente a especialidades, procedimientos, otras entidades con el fin de garantizar el manejo integral y de calidad de la patología de base	REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, REFERENCIA DOCUMENTADA EN PLATAFORMA SIASUR
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Diligencié historia clínica de ingreso, evolución del paciente en el servicio, revaloraciones, corresponde según con formato de acción realizada	REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Informé oportunamente con lenguaje claro y sencillo a familiares y autoridades procedimientos realizados, pronostico y manejo del paciente.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Participé en actividades de capacitación, reuniones cercanas con el fin de promover el mejoramiento y la atención con la mejor calidad.	-Participación en actividades de capacitación, reuniones cercanas con el fin de promover el mejoramiento y la atención con la mejor calidad

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	$ 11204340
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7990856006	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					ONCE MILLONES DOSCIENTOS CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 4481736	$ 717078	**$ 717100**
Salud		SALUD TOTAL		$ 560217	**$ 560300**
ARL	3	SURA		$ 109175	**$ 109200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1300690**	**$ 1386600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	67850185490

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CRISTIAN CAMILO PELUFFO SEÑA	2025-11-24 15:44:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	RICARDO MARTINEZ GALVIS	2025-12-02 10:59:49
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-03 04:43:44
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 12:40:00

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