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:	LAURA CAMILA GUERRERO VELANDIA		**Número de Documento:**	1019123392	
Correo Electrónico:	cguerrerov.316@gmail.com		**Número Telefónico:**	3107965264	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4419-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	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		2025-01-22		**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	$ 5222580	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3821400	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	$ 3948780	1956

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	$ 3566640
4	ABRIL	$ 3821400
5	MAYO	$ 3821400
6	JUNIO	$ 4076160
7	JULIO	$ 4330920
8	AGOSTO	$ 3821400
9	SEPTIEMBRE	$ 3821400
10	OCTUBRE	$ 4076160
11	NOVIEMBRE	$ 3821400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 44583000**	**$ 40252080**	**$ 4330920**

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.	-CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR	-CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR
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.	-DAR INDICACIÓN A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO	-HISTORIA CLÍNICA
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).	-REGISTRAR EN HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FÍSICO EL TRATAMIENTO REALIZADO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	-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 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.	-PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS GUÍAS Y DEMÁS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO	-FORMATOS -GUÍAS -PROTOCOLOS
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.	-APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES MEDIANTE LOS CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	-HISTORIA CLÍNICA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud	-ACTUALIZARSE EN LAS RUTAS PARA PODER ORIENTAR A LOS USUARIOS	-HISTORIA CLÍNICA -AUDITORIAS
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.	-PARTICIPAR EN LA REVISTA MÉDICA Y VALORACIÓN A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	-REVISTA MÉDICA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-REALIZAR LA REVISIÓN DEL CARRO DE PARO SEGÚN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DÍAS DE CADA MES	-FORMATOS INSTITUCIONALES DEL CARRO DE PARO
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.	-REALIZAR SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA	-REGISTROS DE ENFERMERÍA AUDITORÍAS RECURRENTES, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS ESTABLECIDOS EN LA SUBRED PARA EL DESARROLLO Y EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-LAS QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCIÓN	-LAS QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCIÓN

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	$ 4076160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91438867	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	12				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL CIENTOSESENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1630464	$ 260874	**$ 262400**
Salud		FAMISANAR		$ 203808	**$ 205000**
ARL	3	POSITIVA		$ 39718	**$ 40000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 473193**	**$ 507400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	54766992644

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LAURA CAMILA GUERRERO VELANDIA	2025-12-01 15:27:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-12-01 16:34:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-03 05:41:20
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 12:40:48

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.

Irene Guerra

IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO

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	1019123392	LAURA CAMILA GUERRERO VELANDIA	Cl 145 # 128-41 apto 160	3107965264	cguerrerov.316@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	91438867	$507.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	205.000	0		0		0	0	0	0	205.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	262.400	0	0	0	0	0	0		262.400	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	40.000				40.000	0	0	40.000			400	40.000	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	205.000	205.000
Pensión	1	262.400	262.400
Riesgos Laborales	1	40.000	40.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	507.400	507.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1019123392	LAURA CAMILA GUERRERO VELANDIA	Cl 145 # 128-41 apto 160	3107965264	cguerrerov.316@gmail.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	12/11/2025	91438867	$507.400	

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	1019123392	GUERRERO VELANDIA LAURA CAMILA	59	0			N																	25-14	1.640.000	262.400	0	0	0	0	EPS017	1.640.000	205.000	14-23	1.640.000	3	40.000		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	
Pago 001	001	6 minutos de tiempo transcurrido *(30/11/2025 11:11:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	4.076.160 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CONTRATO 4419_ENERO_2025.pdf	CONTRATO 4419_ENERO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_FEBRERO_2025.pdf	CONTRATO 4419_FEBRERO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_MARZO_2025.pdf	CONTRATO 4419_MARZO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_ABRIL_2025.pdf	CONTRATO 4419_ABRIL_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_MAYO_2025.pdf	CONTRATO 4419_MAYO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_JUNIO_2025.pdf	CONTRATO 4419_JUNIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_JULIO_2025.pdf	CONTRATO 4419_JULIO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_AGOSTO_2025.pdf	CONTRATO 4419_AGOSTO_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 4419_SEPTIEMBRE_2025.pdf	CONTRATO 4419_SEPTIEMBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CONTRATO 4419_OCTUBRE_2025.pdf (Archivado)	CONTRATO 4419_OCTUBRE_2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro octubre CTO - 4419 - 2025.pdf	cuenta de cobro octubre CTO - 4419 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >