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:	JUAN FERNANDO SEÑA ACOSTA		**Número de Documento:**	15077087	
Correo Electrónico:	jsenaacosta17@gmail.com		**Número Telefónico:**	3507403422	
Nombre del Supervisor:	SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE	**Cargo:**	PROFESIONAL UNIVERSITARIO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4394-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
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
P07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	0	11519	$2073420	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2073420**	**DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 2833674	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 2073420	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	$ 2073420	1956

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 645064
2	FEBRERO	$ 2119496

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 2280762
4	ABRIL	$ 2073420
5	MAYO	$ 2211648
6	JUNIO	$ 2073420
7	JULIO	$ 2073420
8	AGOSTO	$ 2211648
9	SEPTIEMBRE	$ 2073420
10	OCTUBRE	$ 2073420
11	NOVIEMBRE	$ 2073420

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17140272	**$ 24120786**	**$ 21909138**	**$ 2211648**

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.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL BUENAS PRACTICAS EN ESTERILIZACION
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 EJECUTA PROCESOS TALES COMO: INFORME DE MOTIVO DE CONTINGENCIA, ORGANIZACION DE CARGAS A ESTERILIZAR, REGISTRO DE INSTRUMENTAL, PAQUETES Y DISPOSITIVOS QUE SE VANA ANEVIAR A ESTERILIZAR, TRAZABILIDAD DE LA CARGA.	-LIBRO DE REGISTROS DE CARGA VAPOR - BAJA TEMPERATURA
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.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-"LIBRO DE NOVEDADES POR AREA. FORMATO DE VALIDACIÓN DE AUTOCLAVES. REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE CARGAS ESTERILIZADAS. REGISTRO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL."

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.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL DE ESTERILIZACIÓN Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. - FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL AREA - FORMATO DE TEMPERATURA Y HUMEDAD DEL AREA - REGISTROS DE ESTERILIZACION POR AREAS
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.	-"VIGILANCIA EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS EN CADA UNO DE LOS PACIENTES . APOYO EN ACTIVIDADES DE RUTA PARA EL TRASLADO DE DISPOSITIVOS NECESARIOS A NIVEL SUBRED SUR. VIGILANCIA EN CADA UNA DE LAS SEDES DONDE SE REALIZA PROCESOS NECESARIOS POR ESTERILIZAR."	-MANUAL BUENAS PRACTICAS EN ESTERILIZACION
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL BUENAS PRACTICAS EN ESTERILIZACION
7	1.Prestar los servicios como Auxiliar de Enfermería en el proceso de esterilización, de conformidad con las necesidades y requerimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, cumpliendo con los lineamientos establecidos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), y demás normas legales vigentes aplicables, así como con los protocolos y estándares definidos en el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización adoptado por la entidad.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL BUENAS PRACTICAS EN ESTERILIZACION
8	2. El contratista se obliga a ejecutar las actividades inherentes al objeto del contrato, en estricto cumplimiento de la normatividad legal vigente, tanto de orden general como interno, y en concordancia con lo establecido en el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización. Asimismo, deberá contribuir activamente al fortalecimiento y desarrollo de la Central de Esterilización, con el propósito de optimizar los procesos de atención y garantizar un servicio eficiente, seguro y de alta calidad para los usuarios.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE BUENAS PRACTICAS EN CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN- MANUAL USO DE EQUIPOS DE ESTERILIZACION, SELLADORAS DE EMPAQUE, ENCUBADORAS DE INDICADORES BIOLOGICOS; ASISTENCIA A CAPACITACIONES SOBRE USO MANEJO Y CUIDADOD DE LOS DIFERENTES EQUIPOS DE ESTERILIZACION Y APOYO DEL PROCESO.	-"MANUAL BUENAS PRACTICAS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN. LIBRO DE NOVEDADES POR AREA. FORMATO DE VALIDACIÓN DE AUTOCLAVES. REGISTRO DE INVENTARIO REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE CARGAS ESTERILIZADAS. REGISTRO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL."

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	3. Operar y manipular de manera eficiente y segura todo el equipamiento de la Central de Esterilización de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., cumpliendo con las normas técnicas, los manuales de funcionamiento correspondientes y lo establecido en el Manual de Buenas Prácticas de Esterilización. Registrar de forma clara, completa y oportuna cada etapa del proceso de esterilización (recepción, lavado, secado, empaque, esterilización y entrega del material) en los formatos o libros designados para tal fin. Realizar el inventario diario de equipos e instrumental, garantizando la trazabilidad manual conforme a los protocolos institucionales vigentes.	-SE EJECUTA PROCESOS TALES COMO: INFORME DE MOTIVO DE CONTINGENCIA, ORGANIZACION DE CARGAS A ESTERILIZAR, REGISTRO DE INSTRUMENTAL, PAQUETES Y DISPOSITIVOS QUE SE VANA ANEVIAR A ESTERILIZAR, TRAZABILIDAD DE LA CARGA.	-LIBRO DE REGISTROS DE CARGA VAPOR - BAJA TEMPERATURA
10	4. Brindar apoyo logístico en el traslado de los dispositivos médicos requeridos por las diferentes unidades que conforman la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., garantizando su disponibilidad oportuna para el desarrollo de las actividades asistenciales en cada sede. Así mismo, apoyar el proceso de esterilización en el marco de las contingencias que se presenten durante la ejecución de las funciones propias de la Central de Esterilización de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	-LIBRO DE REGISTROS DE CARGA VAPOR - BAJA TEMPERATURA	-LIBRO DE REGISTROS DE CARGA VAPOR - BAJA TEMPERATURA

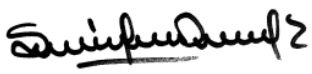
© Siasur - 2025

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**	$ 2073420
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	91317709	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**24**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud					NUEVA EPS		$ 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**	4870443050

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN FERNANDO SEÑA ACOSTA	2025-11-26 22:38:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE	2025-11-28 11:16:41
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-02 22:41:57
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 12:40:57

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.



SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE
PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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	15077087	JUAN FERNANDO SEÑA ACOSTA	cll61sur#19b-81	3507403422	jsenaacosta17@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	24/11/2025	91317709	$440.500	

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	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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

Datos guardados

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		
☐	ENERO 4394-2025.pdf	ENERO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 4394-2025.pdf	FEBRERO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 4394-2025.pdf	MARZO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 4394-2025.pdf	ABRIL 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 4394-2025.pdf	MAYO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	JUNIO 4394-2025.pdf	JUNIO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 4394-2025.pdf	JULIO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 4394-2025.pdf	AGOSTO 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 4394-2025.pdf	SEPTIEMBRE 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE 4394-2025.pdf	OCTUBRE 4394-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >