

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	45453273	JOSEFA PEREZ MENDOZA		cra 92 No 159-05 inte 1 apt 404	9061943	josefaperez.2493@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	24/11/2025	91697489	10
TOTAL A PAGAR					\$229.000

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	4	500	0	191.600	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

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	37.300				37.300	4	100	37.400			373	37.400	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	191.600
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	37.300	37.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	228.400	229.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	45453273	JOSEFA PEREZ MENDOZA		cra 92 No 159-05 inte 1 apt 404	9061943	josefaperez.2493@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	24/11/2025	91697489	10
					TOTAL A PAGAR
					\$229.000

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	MAA	MAA	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	45453273	PEREZ MENDOZA JOSEFA	59	2			N																			0	0	0	0	0	0	EPS008	1.528.560	191.100	14-11	1.528.560	3	37.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			
INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:		2025-11-01	Hasta:		2025-11-30
Nombre del Contratista:	JOSEFA PEREZ MENDOZA		Número de Documento:		45433273	
Correo Electrónico:	josefaperez.2493@gmail.com		Número Telefónico:		3115918151	
Nombre del Supervisor:	IRENE LEGUIZAMON	GUERRA	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-09

DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	4188-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26	
Perfil:	ENFERMERO					
Dirección a la que Pertenecen:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
I03ME	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		2025-01-21		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	\$ 4203540	1314	
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3566640	1767	
3	2025-11-27	2026-01-16	3	\$ 3821400	1956	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar		
1		ENERO		\$ 1273800		
2		FEBRERO		\$ 3566640		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
3		MARZO	\$ 4076160	
4		ABRIL	\$ 3821400	
5		MAYO	\$ 3821400	
6		JUNIO	\$ 3566640	
7		JULIO	\$ 3566640	
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		\$ 43181820	\$ 39233040	\$ 3948780
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	- CUMPLIR CON EL OBJETIVO DEL CONTRATO EN COORDINACIÓN CON EL SUPERVISOR QUE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR		-HISTORIA CLINICA
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 INDICACIONES A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO		-HISTORIA CLINICA - PLAN DE CIUDADOS
3	Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, 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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	-REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FÍSICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS		-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS GUIAS Y DEMAS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO	-FORMATOS-GUIAS -PROTOCOLOS -PROCEDIMIENTOS
5	Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.	-APLICAR CONOCIMIENTOS EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	-HISTORIA CLINICA
6	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-ACTUALIZARSE EN LAS RUTA PARA LOGRAR ORIENTAR A LOS USUARIOS	-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
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 MEDICA Y VALORACION A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	-REVISTA MEDICA
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-REALIZAR LA REVISION DEL CARRO DE PARO SEGUN CORESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES	-CARPETA FORMATOS CARRO DE PARO INSTITUCIONAL
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.	-VERIFICAR LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y HACER RETROALIMENTACION DE LOS MISMOS	-EVALUCION -AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- APOYAR EN LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN LA INSTITUCION PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO	-ESTABLECIDA POR LA INSTITUCION

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	91697489	-			
2025	OCTUBRE	2025	11	24					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SETENTA Y SEIS MIL CIENTOSESENTA PESOS				
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado			
Pensionado		SI	PORVENIR	\$ 1630464	\$ 260874	\$ 0			
Salud			COMPENSAR		\$ 203808	\$ 206400			
ARL		3	SURA		\$ 39718	\$ 40300			
Caja de Compensación		NO		Total	\$ 473193	\$ 246700			
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta		24136946614	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA			
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSEFA PEREZ MENDOZA		2025-11-26 16:41:22			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSEFA PEREZ MENDOZA		2025-11-26 18:25:04			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSEFA PEREZ MENDOZA		2025-11-27 12:01:20			
RECHAZADO SUPERVISOR				IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-11-30 13:30:00			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSEFA PEREZ MENDOZA		2025-11-30 14:51:43			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSEFA PEREZ MENDOZA		2025-11-30 14:54:13			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JOSEFA PEREZ MENDOZA		2025-12-01 13:47:22			
ACEPTADO SUPERVISIÓN				IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-12-01 14:03:54			
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-12-03 06:07:49			
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 12:41:14			

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.

Irene Guerra

IRENE GUERRA LEQUIZAMON
ENFERMERO