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:	MARIA CAMILA RINCON RODRIGUEZ		**Número de Documento:**	1031177674	
Correo Electrónico:	mcrincon@fucsalud.edu.co		**Número Telefónico:**	3194369379	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4319-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
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
I20CGTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	34	21230	$4543220	115.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4543220**	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS 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	$ 9383660	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 5095200	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	$ 5477340	1956

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1995620
2	FEBRERO	$ 4203540

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 4585680
4	ABRIL	$ 5095200
5	MAYO	$ 3948780
6	JUNIO	$ 4713060
7	JULIO	$ 4330920
8	AGOSTO	$ 4713060
9	SEPTIEMBRE	$ 4458300
10	OCTUBRE	$ 5095200
11	NOVIEMBRE	$ 4543220

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 51546440**	**$ 47682580**	**$ 3863860**

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 acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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.	- Prestar servicios como enfermero profesional en el servicio de hospitalización cuarto norte.	-registros de historia clínica, programación de actividades según la agenda proyectada.
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	-asistir a las capacitaciones, realizar los cursos por mao según el requerimiento.	-asistencia a los cursos, certificaciones por MAO.
3	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), simultanea 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).	-Realizar registros de enfermería según la necesidad de los pacientes y realizar auditoria a las notas de enfermería, teniendo en cuenta que esto avala las actividades del profesional de enfermería.	- Registros de notas de enfermería.

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 enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-realizar las intervenciones de enfermería según el plan de cuidado de enfermería.	- plan de cuidado de enfermería.
5	5) Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institucion	-administración de medicamentos teniendo en cuenta los 11 correctos.	- registro de administración de medicamentos.
6	6). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud	-realizar las intervenciones de enfermería según el plan de cuidado de enfermería.	- plan de cuidado de enfermería.
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	- liderar los servicios de salud, procurando la adecuada comunicación entre los grupos interdisciplinarios.	-kardex de enfermería, entrega de turno y registros de enfermería.
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-realizar el arqueo del carro de paro según la asignación del servicio.	-custodia y seguimiento del carro de paro con los registros diarios.
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	-enfermero profesional.	-registros clínicos.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-apoyar la atención directa con el paciente teniendo como pilar la humanización y brindar cuidados basando en la evidencia.	-producto de historia clínica.

© 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	$ 5095200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	91532074	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	19				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2038080	$ 326093	**$ 326400**
Salud		SÁNITAS		$ 254760	**$ 255000**
ARL	3	SURA		$ 49648	**$ 49700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 591492**	**$ 631100**

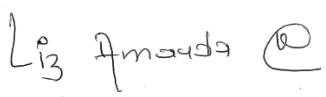
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488415472064

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA RINCON RODRIGUEZ	2025-11-28 12:15:52
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-11-30 19:11:58
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CAMILA RINCON RODRIGUEZ	2025-12-01 23:07:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-12-02 07:52:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-03 05:41:50
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.



LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

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		
☐	INFORME ENERO CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME ENERO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME FEBRERO CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME FEBRERO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MARZO CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME MARZO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME ABRIL CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME ABRIL CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MAYO CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME MAYO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JUNIO CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME JUNIO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JULIO CTO No. 4319-2025.pdf	INFORME JULIO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	AGOSTO CTO No. 4319-	INFORME AGOSTO CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	SEPTIEMBRE CTO No. .pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	OCTUBRE CTO No. 4319-	INFORME OCTUBRE CTO No. 4319-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1031177674	MARIA CAMILA RINCON RODRIGUEZ	Diagonal 46B sur#27 96	3194369379	mcrincon@fucsalud.edu.co	
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	19/11/2025	91532074	$671.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	255.000	0		0		0	0	0	0	255.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	326.400	0	0	0	0	0	0		326.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	49.700				49.700	0	0	49.700			497	49.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.800	0	0	40.800	1

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	255.000	255.000
Pensión	1	326.400	326.400
Riesgos Laborales	1	49.700	49.700
CCF	1	40.800	40.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	671.900	671.900

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	1031177674	MARIA CAMILA RINCON RODRIGUEZ		Diagonal 46B sur#27 96	3194369379	mcrincon@fucsalud.edu.co
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	19/11/2025	91532074	$671.900	

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	1031177674	RINCON RODRIGUEZ MARIA CAMILA	59	0			N																	230301	2.040.000	326.400	0	0	0	0	EPS005	2.040.000	255.000	14-11	2.040.000	3	49.700	CCF24	2.040.000	40.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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