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:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	MONICA MARCELA MOGOLLON TAMBO		**Número de Documento:**	1033818420	
Correo Electrónico:	monicamarcela.0818@gmail.com		**Número Telefónico:**	3504481658	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4215-2025	**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
I05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	54	21230	$4967820	125.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4967820**	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS 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	2025-07-21	NUL	1	$ 1146420	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	$ 12101100	1314
3	2025-10-20	2025-11-30	3	$ 6369000	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1783320
2	FEBRERO	$ 4585680

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 5349960
4	ABRIL	$ 5222580
5	MAYO	$ 5095200
6	JUNIO	$ 5604720
7	JULIO	$ 5095200
8	AGOSTO	$ 4840440
9	SEPTIEMBRE	$ 4585680
10	OCTUBRE	$ 4967820

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 51206760**	**$ 47130600**	**$ 4076160**

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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	---CUMPLIR CON EL OBJETO DE CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUB RED	--CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUB RED -HISTORIA CLINICA - PLAN DE CUIDADOS
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 INDICACION A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO	----HISTORIA CLÍNICA
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 CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FISICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	--HISTORIA CLÍNICA - 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 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 ELABORACION DE PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO	--FORMATOS - GUIAS - PROTOCOLOS - PROCEDIMIENTO
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 PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	--FORMATOS - GUIAS - PROTOCOLOS - PROCEDIMIENTO
6	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	---APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	--FORMATOS - GUIAS - PROTOCOLOS - PROCEDIMIENTO
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.	----APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	---HISTORIA CLINICA
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	---PARTICIPAR EN LA REVISTA MEDICA Y VALORACION A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	----REVISTA MÉDICA
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 LA REVISIÓN DEL CARRO DE PARO SEGÚN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES	---CARPETA FORMATOS CARRO DE PARO INSTITUCIONE
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-- -VERIFICAR LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA Y HACER RETROALIMENTACIÓN	-- -VERIFICAR LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA Y HACER RETROALIMENTACIÓN

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	
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	35022564	-		$ 4585680
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**14**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1834272	$ 293484	**$ 295000**
Salud		FAMISANAR		$ 229284	**$ 230500**
ARL	3	POSITIVA		$ 44683	**$ 45000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 532343**	**$ 570500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488433572994

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA MARCELA MOGOLLON TAMBO	2025-10-29 12:58:59
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-10-29 13:24:16
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA MARCELA MOGOLLON TAMBO	2025-10-29 14:15:27
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-10-29 15:37:19
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-31 05:54:48
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	2025-11-18 12:43:32

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.

© Siasur - 2025