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:	HEYDY JOHANNA BELTRAN BARON		**Número de Documento:**	53069217	
Correo Electrónico:	heidyjohanab@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3133453168	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3982-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNJUELITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I06JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNJUELITO	180	66	11519	$2833674	132.3%
B02JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNJUELITO	0	18	11519	$207342	9.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3041016**	**TRES MILLONES CUARENTA Y UN MIL DIECISEISPESOS**					

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	$ 6289374	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 4619119	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	$ 3386586	1956
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ENERO	$ 898482
2	FEBRERO	$ 2764560
3	MARZO	$ 2971902
4	ABRIL	$ 2349876
5	MAYO	$ 2418990
6	JUNIO	$ 2557218
7	JULIO	$ 2971902
8	AGOSTO	$ 3041016
9	SEPTIEMBRE	$ 3029497
10	OCTUBRE	$ 2902788
11	NOVIEMBRE	$ 3041016

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17140272	**$ 31435351**	**$ 28947247**	**$ 2488104**

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.	-SE BRINDA APOYO DE ENFERMERÍA A CABALLADA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN CUMPLIENDO CON LAS ACTIVIDADES PROPIOS DE MI ROL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ESTABLECIDAS POR MI SUPERVISOR DE CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD
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 BRINDA ATENCION INTEGRAL A LOS USUARIOS SIENDO CONSECUENTE HABLAR , ACTUAR, BRINDANDO INFORMACIÓN, EDUCASION Y COMUNICASION SOBRE AUTO CUIDADO DE LA SALUD ANIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR DE LOS USUARIOS DE ACUERDO A LOS ESTILOS . HABITOS Y CONDUCTAS DE SALUD MEDIANTE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES	--CONSIGNADO EN HISTORIAS CLÍNICAS DINÁMICA GERENCIAONSIGNADO EN HISTORIAS CLÍNICAS DINÁMICA GERENCIA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	--SE DILIGENCIA DE MANERA CLARA, CORRECTA Y OPORTUNA EL REGISTRO DE ENFERMERIA Y DEMAS DOCUMENTOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE TODA LA INFORMACION (PROCEDIMIENTO Y CUIDADO DE ENFERMERIA DE FORMA VERAZ, SECUENCIAL, COHERENTE,LEGIBLE,CLARA SIN ENMENDADURAS) CUMPLIENDO TODOS LOS PARAMETROS DE NORMATIVIDAD Y MANUAL DE BIOSEGURIDAD	--REGISTRO EN NOTAS ENFERMERÍA EN DINAMICA
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.	-NO APLICA EL APOYO EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS, FORMATOS Y GUIAS DE ENFERMERIA SE INFORMA A PACIENTE Y FAMILIAR PROSEDIMIENTOS A REALIZAR DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA Y DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO DE ENFERMERIA PARA LA REALIZACION DE LOS MISMOS, CONSIGNACION DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE MI CARGO EN ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	-REGISTRO DE NOTAS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN DINAMICA INSTITUCIONAL
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.	--SE REALIZAN ACTIVIDADES DE CUIDADOS PROPIOS DEL CARGO Y ATENCION DE ENFERMERIA EDUCANDO AL PACIENTE Y FAMILIA LAS CONDUCTAS Y CUIDADOS IMPORTANTES PARA EL ALTA TEMPRANO SEGUN ORDEN MEDICA	-REGISTRO DE NOTAS Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN DINAMICA INSTITUCIONAL
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE BRINDO INFORMACIÓN VALIOSA PARA CUIDADOS EN SALUD COMPARTIEMDO CONOSIMIENTOS VELANDO POR EL BIEN COMUN	REGISTRO DE NOTAS DE ENFERMERÍA EN DINÁMICA GERENCIAL

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	$ 575950
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	10774605998	-		
2025	NOVIEMBRE	2025	11	24				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	QUINIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1423500	$ 227760	**$ 227900**
Salud		NUEVA EPS		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 413129**	**$ 440600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870421080

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HEYDY JOHANNA BELTRAN BARON	2025-11-27 17:09:48
RECHAZADO SUPERVISOR	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-11-30 21:32:17
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HEYDY JOHANNA BELTRAN BARON	2025-12-01 17:46:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-12-01 20:45:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-12-03 09:50:51
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 12:41:33

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

© Siasur - 2025

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-11-26, 11:58:10 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077460598

Periodo Cotización 202510 **Periodo Servicio** 202510

Cliente:

PAGADA 2025-11-24

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HEIDY JOHANNA BELTRAN BARON				
Documento	CC 53069217	**Dirección**	CL 92A SUR #10 - 17 VIRREY		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	504		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53069217		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					BELTRAN BARON HEYDY JOHANNA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.423.500	25-14		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	CCF22	0,6 %	$ 1.423.500	$ 8.600	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	COLSUBSIDIO	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta2025_merged.pdf enero	cuenta2025_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta febrero	ilovepdf_merged (5).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo_document_merged.pdf	marzo_document_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ilovepdf_merged.pdf abril	ilovepdf_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mayo	ilovepdf_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	junio	siasur_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	julio	ilovepdf_merged (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	agosto	beltran_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	septiembre	ilovepdf_merged (9).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	heidy octubre	heidy_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >