

DATOS DEL INFORME

| | | | | | | |
|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------|-----------------------------|----------------------|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2026-01-01 | Hasta: | 2026-01-31 | | |
| Nombre Contratista: | del | INGRID VALERIN CUTIVA GUTIERREZ | | Número de Documento: | 1013674207 | |
| Correo Electrónico: | valeriningrid@gmail.com | | | Número Telefónico: | 3103202092 | |
| Nombre Supervisor: | del | SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE | Cargo: | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | Código Grado: | - |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|----|
| No. Contrato: | 5253-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil: | INSTRUMENTADOR QUIRURGICO | | | | |
| 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 | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| C01TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 50 | 0 | 20626 | \$1031300 | 26.9% |
| C11TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 50 | 0 | 20626 | \$1031300 | 26.9% |
| C09TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 50 | 0 | 20626 | \$1031300 | 26.9% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3093900 | TRES MILLONES NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-03-26 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-08-31 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 1 | \$ 6146548 | 1314 |
| 2 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 2 | \$ 3341412 | 1767 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|--|--|---|---|-----------------------------|---------------------------|
| 3 | 2025-11-27 | 2026-01-16 | 3 | \$ 2351364 | 1956 |
| 4 | 2025-12-11 | | 4 | \$ 391894 | 2122 |
| 5 | 2025-12-11 | | 5 | \$ 391894 | 2122 |
| 6 | 2026-01-10 | 2026-01-31 | 6 | \$ 2206982 | 79 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |
| 1 | | ABRIL | | \$ 3712680 | |
| 2 | | MAYO | | \$ 3960192 | |
| 3 | | JUNIO | | \$ 3836436 | |
| 4 | | JULIO | | \$ 3093900 | |
| 5 | | AGOSTO | | \$ 3588924 | |
| 6 | | SEPTIEMBRE | | \$ 3960192 | |
| 7 | | OCTUBRE | | \$ 2227608 | |
| 8 | | NOVIEMBRE | | \$ 3712680 | |
| 9 | | DICIEMBRE | | \$ 3093900 | |
| 10 | | ENERO | | \$ 3093900 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 20460992 | | \$ 35291086 | | \$ 34280412 | \$ 1010674 |
| 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 Instrumentador Quirúrgico 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. | --SE EJECUTAN PROCESOS INTEGRALES DE ATENCION SEGURA AL PACIENTE DENTRO Y FUERA DEL QUIROFANO MEDIANTE LA APLICACIÓN DE SUS CONOCIMIENTOS EN DIFERENTES AREAS COMO: CIRUGIA, CENTRAL DE ESTERILIZACION Y PROGRAMACION DE QUIROFANOS | | ---LIBRO DE NOVEDADE | |
| 2 | Velar por el desarrollo de los Servicios Quirúrgicos, Central de Esterilización y programación de Cirugía con el pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad, establecidos en la Subred Sur. | ----EJECUCION DE DIFERENTES PROCESOS ASISTENCIALES EN CIRUGIA, CENTRAL DE ESTERILIZACION Y PROGRAMACION DE CIRUGIA DE ACUERDO A LAS HORAS CONTRATADAS CON REPORTE EN LA PRODUCTIVIDAD MENSUAL E INFORME MENSUAL DE FUNCIONES | | ----CARPETA DE PROD | |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|--|--|---|
| 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). | --REALIZA EL REGISTRO DE FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS Y SOPORTES EXIGIDOS EN LA EJECUCION DE CADA PROCESO | ----CARPETAS DE INDICADORES SALAS DE CIRUGIA, CARPETA DE INDICADORES CENTRAL DE ESTERILIZACION, LIBRO DE NOVEDADES CENTRAL ESTERILIZACION |
| 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. | ----REVISA CONSTANTEMENTE LA NORMATIVIDAD VIGENTE APORTANDO IDEAS PARA LA ELABORACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS REALIZANDO ACTUALIZACION SEGÚN LOS REPORTES DE EVIDENCIA | ----LIBRO DE NOVEDADES DE INSTRUMENTACION EN CENTRAL DE ESTERILIZACION |
| 5 | Presentar informes y reportes en la periodicidad definida con calidad, veracidad y cumplimiento de acuerdo a la productividad, actividades ejecutadas. | ---REPORTE MENSUAL DE LOS PROCESOS EJECUTADOS EN CADA AREA MEDIANTE LA EJECUCION DEL INFORME DE GESTION | -----CENTRO DE COSTOS MENSUALES E INFORME DE ACTIVIDADES |
| 6 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | ---CAPACITACION CONTINUA, INCENTIVANDO A NUESTROS SERVICIOS DE TRABAJO EN EQUIPO PARA PRESTAR SERVICIOS DE APOYO CON CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE | ----FORMATO DE CAPACITACIONES |
| 7 | 1. Planear, ejecutar y evaluar las actividades relacionadas con el procedimiento quirúrgico asignado, considerando las condiciones clínicas del paciente y la técnica quirúrgica correspondiente. Garantizar la seguridad del paciente durante el acto quirúrgico, mediante la aplicación de protocolos y pautas de seguridad establecidos, así como el diligenciamiento oportuno y adecuado de los formatos institucionales. Realizar un control estricto del instrumental quirúrgico, gasas, compresas y demás elementos médico-quirúrgicos utilizados, registrando su conteo y seguimiento en los formatos designados para tal fin. | -REALIZA Y FOMENTA PROCESOS SEGUROS EN CIRUGIA MEDIANTE LA EJECUCION DE PROTOCOLOS Y PAUTAS DE SEGURIDAD PARA GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ANTES, DURANTE Y DESPUES DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO | ----FORMATO DE RECuento DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|--|---|
| 8 | <p>2.Asistir a los cirujanos en la realización de procedimientos quirúrgicos, tanto de carácter urgente como programado, suministrando y recibiendo oportunamente los elementos e insumos requeridos para una adecuada intervención del paciente. Cumplir con la totalidad de las normas, procedimientos, manuales y protocolos establecidos para las salas de cirugía durante el acto quirúrgico. Verificar y registrar en los formatos institucionales asignados el consumo de dispositivos e insumos médico-quirúrgicos utilizados durante el procedimiento, con el fin de garantizar su correcta facturación. Supervisar los aspectos técnicos del proceso de esterilización del material médico-quirúrgico, así como la aplicación de medidas de asepsia y antisepsia por parte del equipo interdisciplinario que participa en las intervenciones, asegurando el estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad vigentes.</p> | <p>----ASISTENCIA EN EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROGRAMADO Y DE URGENCIA ; ES PARTICIPE EN LA PRIMERA PAUSA DE SEGURIDAD EN EL ACTO QUIRURGICO CORROBORANDO QUE LOS EQUIPOS Y DISPOSITIVOS MEDICO ESTEN COMPLETOS PARA CONTINAR CON LA SEGUNDA PAUSA DE SEGURIDAD. SE REALIZA EL REGISTRO EN EL FORMATO CORRESPONDIENTE DE FORMA ADECUADA Y COMPLETA DE INSUMOS MEDICO QUIRURGICO O GASTO DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS A TRAVESDE LAS PLATAFORMAS CORRESPONDIENTES. VERIFICACION VISUAL Y SOPORTE DE INDICADORES QUIMICOS DE ESTERILIZACION ACEPTADOS DE CADA PAQUETE,INSTRUMENTAL Y/O DISPOSITIVO UTILIZADO EN LA CIRUGIA SOPORTADO EN LA SEGUNDA PAUSA DE SEGURID</p> | <p>-----REGISTRO DE CAPACITACION DE MANUAL BUENAS PRACTICAS CENTRAL DE ESTERILIZACION, MANUAL COMPORTAMIENTO SALAS DE CIRUGIA, MANUAL DE BIOSEGURIDAD, PROTOCOLO RECuento MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. FORMATO REGISTRO DE INDICADORES. FORMATO HOJA DE GASTOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. SOPORTE DE REMISION DE ENTRADA PARA GASTOS DE MATERIAL DE OSTEOSINTESIS</p> |
| 9 | <p>3.Registrar en los formatos establecidos toda la información correspondiente al acto quirúrgico, de manera veraz, secuencial, coherente, legible y clara, evitando tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, y utilizando únicamente las siglas reconocidas por la normativa internacional. Este registro deberá efectuarse de forma simultánea o inmediatamente posterior a la realización del procedimiento, garantizando su integralidad, secuencialidad y coherencia científica (lógica, claridad, completitud), conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, así como lo que determine el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes.</p> | <p>--REALIZA EL REGISTRO DE FORMA ADECUADA CADA UNO DE LOS FORMATOS Y SOPORTES EXIGIDOS EN LA EJECUCION DE CADA PROCES</p> | <p>----FORMATO DE RECuento DE MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. FORMATO REGISTRO DE INDICADORES. SOPORTE DE REMISION DE ENTRADA DE GASTOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICO</p> |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA | |
|---|--|---|--|
| 10 | <p>4. Conocer y operar adecuadamente los equipos médico-quirúrgicos básicos y especializados, así como el material de osteosíntesis requerido para su uso clínico. Diligenciar y remitir oportunamente los soportes documentales necesarios para que el área correspondiente efectúe la facturación de los servicios prestados. Garantizar el adecuado desarrollo de los procesos relacionados con los servicios quirúrgicos, la Central de Esterilización y la programación de cirugías, cumpliendo con los estándares de calidad y oportunidad definidos por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. Aplicar de manera estricta las normas universales de bioseguridad, con el fin de prevenir infecciones y mantener un entorno quirúrgico seguro.</p> | <p>--Uso adecuado de equipos medico quirurgicos basicos y especializados. Manejo amplio y correcto de la plataforma para realizar gasto de material de osteosíntesis. Programacion diaria de cirugia con diversas actividades tales como: infome mensuales, solicitud a los diferentes proveedores de material de osteosíntesis</p> | <p>--PROGRAMACION DIARIA DE CIRUGIA. SOPORTE DE REMISION DE ENTRADA DE GASTOS MATERIAL MEDICO QUIRURGICO. RESGISTRO DE CAPACITACION FRENTE AL MANEJO D</p> |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------|----------------|---|---|-----------------------------|---|------------------|
| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 3093900 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | DICIEMBRE | 2026 | 01 | 22 | 7999333847 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | TRES MILLONES NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS PESOS | | | |
| 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 | \$ 230200 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | \$ 177938 | \$ 179900 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 34676 | \$ 35100 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 413129 | \$ 445200 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550008000726516 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | INGRID VALERIN CUTIVA GUTIERREZ | | 2026-01-22 21:28:16 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE | | 2026-01-23 09:43:35 | | |
| RECHAZADO CONTRATACIÓN | | | | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | | 2026-01-23 19:13:55 | | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | INGRID VALERIN CUTIVA GUTIERREZ | | 2026-01-27 13:35:28 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | SONIA MAYERLY TIRADO DUARTE | | 2026-01-27 17:28:38 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | | 2026-01-28 10:57:57 | | |
| 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 | | 2026-02-16 14:39:07 | | |

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