

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

| DATOS DEL INFORME       |                                  |            |                               |               |   |
|-------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------|---------------|---|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                           | 2026-02-01 | Hasta:                        | 2026-02-28    |   |
| Nombre del Contratista: | CHISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZALEZ |            | Número de Documento:          | 1023911009    |   |
| Correo Electrónico:     | cfigueredo18@gmail.com           |            | Número Telefónico:            | 3138462365    |   |
| Nombre del Supervisor:  | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA       | Cargo:     | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: | - |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                     |               |      |                       |     |
|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 2171-2026                           | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 296 |
| Perfil:                        | AUXILIAR EN ENFERMERIA              |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Perteneces: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS |               |      |                       |     |
| 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 |
| V07TN1156                    | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS TUNAL                                          | 180          | 60                       | 13900      | \$3336000 | 129.7%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3336000                          | TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2026-02-01          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             | \$ 3336000                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 12861900                | \$ 12861900              | \$ 3336000       | \$ 9525900         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 1 | Desarrollar actividades de apoyo asistencial propias del perfil de auxiliar de enfermería, conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., y en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.                                                                                                                                        | -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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes                                                                                                                                                                                                                                                                                             | -historia clínica |
| 2 | Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas a los usuarios, sus familias y la comunidad, según el contexto asistencial en el que se desarrollen las actividades contratadas.                                                                                                                                                                                                                                          | -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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -historia clínica |
| 3 | Registrar de manera completa, veraz y oportuna la información relacionada con las intervenciones realizadas, el plan de cuidados de enfermería y la evolución del paciente, en la historia clínica o en los registros institucionales definidos para tal fin, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o las autoridades competentes, e informar oportunamente al equipo asistencial las variaciones relevantes en la condición del paciente. | -Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente | -historia clínica |
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos de enfermería, asegurando su correcta utilización, incluido el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                 | -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                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -historia clínica |
| 5 | Contribuir al proceso de alta temprana del paciente, mediante el fortalecimiento de conocimientos dirigidos al paciente y su familia en promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos derivados del tratamiento y de las recomendaciones médicas, dejando los registros correspondientes en la historia clínica y en los documentos institucionales dispuestos para ello.                                                                                                                                                                      | -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. -historia clínica 6 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. -Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                        | -historia clínica |
| 6 | Desarrollar las demás actividades de apoyo asistencial propias del perfil contratado, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de los servicios de urgencias, conforme a la supervisión del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | -Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | -historia clínica |

| 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 |  | \$ 2764560     |
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 27235668                                                              | -                          |                                                  |  |                |
| 2026                                                    | ENERO | 2026          | 02  | 13  |                                                                       |                            |                                                  |  |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     | DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS |                            |                                                  |  |                |
| Item                                                    |       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                               | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      |  | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |       |               |     | NO  | PORVENIR                                                              | \$ 1750905                 | \$ 280145                                        |  | \$ 280200      |
| Salud                                                   |       |               |     |     | COMPENSAR                                                             |                            | \$ 218863                                        |  | \$ 218900      |
| ARL                                                     |       |               |     | 4   | SURA                                                                  |                            | \$ 0                                             |  | \$ 0           |
| Caja de Compensación                                    |       |               |     | SI  | COMPENSAR                                                             | Total                      | \$ 508148                                        |  | \$ 499100      |

| INFORMACIÓN DE PAGO |                       |                |         |                  |            |
|---------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
| Entidad Bancaria    | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870434729 |

| HISTÓRICO                                                                                                                              |                                  |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            | USUARIO                          | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    | CRISTIAN JAIR FIGUEREDO GONZÁLEZ | 2026-02-23 19:53:33 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA       | 2026-02-24 14:12:55 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO        | 2026-02-26 12:25:32 |
| 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   | 2026-03-11 13:41:15 |

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.



**NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA**  
**DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS**