

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-02-01	Hasta:	2025-02-28	
Nombre del Contratista:	CONSTANZA NAIZAQUE FAJARDO		Número de Documento:	52366638	
Correo Electrónico:	angis0912@hotmail.com		Número Telefónico:	32043193	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	Cargo:	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	Código - Grado:	243-20

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3996-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	168	42	11519	\$2418990	112.9%
I20CHTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	90	11519	\$1036710	48.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3455700	TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 1451394	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 17140272	\$ 17140272	\$ 1451394	\$ 15688878

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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, REVISION DE LA HISTORIA CLINICA, REGISTRO DE ACTIVIDADES EN CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS.	-HISTORIA CLINICA
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.	-PARTICIPAR EN LAS REVISTAS DE LOS PACIENTES ASIGNADOS.	-HISTORIA CLINICA
3	3). 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.	-ASISTENCIA EN EL AUTOCUIDADO, ALIMENTACION,ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO A LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE.	-HISTORIA CLINICA
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 PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA CON CADA UNO DE LOS PACIENTES DEACUERDO A SU PATOLOGIA Y REGISTRO EN EL TIEMPO REAL DE LA HISTORIA CLINICA.	-HISTORIA CLINICA
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.	-APOYAR AL PERSONAL MEDICO Y PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTESHACIENDO USO DE LOS ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD	-HISTORIA CLINICA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS SOBRE HABITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA	-HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL										
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		\$ 1451394	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7957245891	-				
2025	ENERO	2025	02	18						
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS					
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		\$ 228900	
Salud					COMPENSAR		\$ 177938		\$ 178900	
ARL				3	SURA		\$ 34676		\$ 34900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129		\$ 442700	
INFORMACIÓN DE PAGO										
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870466572	
HISTÓRICO										
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CONSTANZA NAIZAQUE FAJARDO			2025-02-24 09:07:00		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CONSTANZA NAIZAQUE FAJARDO			2025-02-24 15:11:37		
RECHAZADO SUPERVISOR					LIZ AMANDA SIERRA PINEDA			2025-02-24 15:59:30		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CONSTANZA NAIZAQUE FAJARDO			2025-02-24 16:42:01		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CONSTANZA NAIZAQUE FAJARDO			2025-02-25 16:35:52		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LIZ AMANDA SIERRA PINEDA			2025-02-25 17:12:34		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					JULIAN ALBERTO MORON			2025-02-26 16:16:02		

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

LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52366638
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CONSTANZA NAIZAQUE FAJARDO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	DG 51 54A 29 SUR	TELÉFONO: 2700713
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7957245891	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	7	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1275438989

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 228.900
SUBTOTAL:			1	\$ 228.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 178.900
SUBTOTAL:			1	\$ 178.900
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 34.900
SUBTOTAL:			1	\$ 34.900

VALOR SIN MORA:	\$ 440.500
VALOR MORA:	\$ 2.200
TOTAL PAGADO:	\$ 442.700



- 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

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

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 FEBRERO 2025, CTO No.-3996 25.pdf	INFORME FEBRERO 2025, CTO No.-3996 25.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >