| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-08-01 | **Hasta:** | 2026-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JENNY PATRICIA TRIVIÑO ALVAREZ | | **Número de Documento:** | 52782804 | |
| **Correo Electrónico:** | Patty_ciello@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3204183999 | |
| **Nombre del Supervisor:** | IRENE GUERRA LEGUIZAMON | **Cargo:** | ENFERMERO | **Código - Grado:** | 243-09 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2833-2026 | **Año Contrato:** | 2026 | **CDP Contrato Inicial:** | 294 |
| **Perfil:** | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J07ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 180 | 12 | 13900 | $2668800 | 103.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2668800** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2026-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2026-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2026-06-09 | 2026-08-31 | 1 | $ 5170800 | 1296 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 2335200 |
| 2 | MARZO | $ 2502000 |
| 3 | ABRIL | $ 2335200 |
| 4 | MAYO | $ 2502000 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | JUNIO | $ 2502000 |
| 6 | JULIO | $ 2502000 |
| 7 | AGOSTO | $ 2668800 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 12861900** | **$ 18032700** | **$ 17347200** | **$ 685500** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 ESE, 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. | -CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR ACORDE A LAS - -NECESIDADES DEL LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR | -Auditorias |
| 2 | 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 desarrollan las actividades contratadas. | -BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE | -Historia clínica |
| 3 | 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 normativa 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 LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USUARIOS DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ | -Historia clínica |
| 4 | 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 se aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad. | -PARTICIPAR EN LA CAPACITACIÓN DE PROTOCOLOS Guías Y DE MAS Y PONERLOS EN PRACTICA | -Formatos guías protocolos y procedimientos |


***© Siasur - 2026***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 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. | -CONTRIBUIR ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE ATENCION SEGURA PARA ASEGUR LA RECUPERACION DE LOS USUARIOS DURANTE LA HOSPITALIZACION HISTORIA CLINICA | -Historia clínica |
| 6 | 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 hospitalarios, conforme a la supervisión del contrato. | -LAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION | -Las que establezca la institución |


***© Siasur - 2026***

## 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 | 4660160181 | - | | $ 2502000 |
| 2026 | JULIO | 2026 | 08 | 12 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | DOS MILLONES QUINIENTOS DOS MIL 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 | $ 1750905 | $ 280145 | **$ 281900** |
| Salud | | EPS SÁNITAS | | $ 218863 | **$ 220300** |
| ARL | 3 | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | | $ 42652 | **$ 43000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 508148** | **$ 545200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870380807 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JENNY PATRICIA TRIVIÑO ALVAREZ | 2026-08-27 11:33:00 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | IRENE GUERRA LEGUIZAMON | 2026-08-27 15:28:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2026-08-29 00:08:27 |
| 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 | 2026-09-15 09:36:23 |

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.

Irene Guerra

**IRENE GUERRA LEGUIZAMON**
**ENFERMERO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52782804 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JENNY PATRICIA TRIVINO ALVAREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 103 NO 73 51 | TELÉFONO: | 3542231 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4660160181** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 8 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/08/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997736518 |

## 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 | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 281.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 281.900** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 220.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 220.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 43.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 43.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 541.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 3.400** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 545.200** |

Planilla Pagada

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? Si / 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Cuenta Febrero contrato 2833-2026.pdf | Cuenta Febrero contrato 2833-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta Marzo contrato 2833-2026.pdf | Cuenta Marzo contrato 2833-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Yenny Patricia Triviño .pdf | Yenny Patricia Triviño .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta Abril contrato 2833-2026.pdf | Cuenta Abril contrato 2833-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta Mayo contrato 2833-2026 (1).pdf | Cuenta Mayo contrato 2833-2026 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 2833 2026.pdf | PS 2833 2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta Junio contrato 2833-2026.pdf | Cuenta Junio contrato 2833-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta Julio Contrato 2833-2026.pdf | Cuenta Julio Contrato 2833-2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

INFORMACIÓN BÁSICA DI

| TIPO NTIFICACION | NÚMERO DE DOCUMENTO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE |
|---|---|---|---|---|
| CC | 52782804 | TRIVIÑO | ALVAREZ | JENNY |
| CC | 52782804 | TRIVIÑO | ALVAREZ | JENNY |

INFORMACIÓN DE PERÍODOS

| PS / EOC | PERÍODOS COMPENSADOS | DÍAS COMPENS |
|---|---|---|
| Sanitas | 07/2026 | 30 |
| Sanitas | 06/2026 | 30 |
| Sanitas | 05/2026 | 30 |
| Sanitas | 04/2026 | 30 |
| Sanitas | 03/2026 | 30 |
| Sanitas | 02/2026 | 30 |
| Sanitas | 01/2026 | 30 |
| Sanitas | 12/2025 | 30 |
| Sanitas | 11/2025 | 30 |
| Sanitas | 10/2025 | 30 |

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo e
eto 780 de 2016.

do Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado c
de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotizac