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:**	2022-03-01	**Hasta:**	2022-03-31	
Nombre del Contratista:	KAREN PAOLA BUSTOS NOVOA		**Número de Documento:**	1013638693	
Correo Electrónico:	kbustos@unal.edu.co		**Número Telefónico:**	3143618262	
Nombre del Supervisor:	EDILMA GALINDO CASTILLO	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4198-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	467
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
B02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	186	72	18100	$4669800	134.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4669800**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-12-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 4181100	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 79929600	$ 79929600	$ 4181100	$ 75748500

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 acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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 demàs normas concordantes.	--CAPACITACION EN EL SISTEMA , REGISTROS OPORTUNOS DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS , REVISION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN CADA JORNADA Y SUPERVISION DE NOTAS DE ENFERMERIA DEL PERSONAL A CARGO PARA VERIFICAR VERACIDAD , SECUENHCIA , Y COHERENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL	--HISTORIA CLINICA - NOTAS DE ENFERMERIA - EXPLICACION A PACIENTES Y FAMILIARES DE CADA PROCEDIMIENTO - REGISTRO EN DINAMICA GERENCIAL.
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.	-REALIZACION DE ESCALAS Y PATRONES DE ENFERMERIA A CADA PACIENTE REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS PACIENTES PROMOVER EL AUTOCUIDADO INTERDISCIPLINARIAMNETE SEGUN PATOLOGIA GARANTIZANDO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	-- HISTORIA CLINICA - PATRONES DE ENFERMERIA - NOTAS DE ENFERMERIA - REGISTRO DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
3	3). Registrar en la Historia Clinica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, 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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demàs 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).	--CAPACITACION ENEL SISTEMA , REGISTROSOPORTUNOSDE LASACTIVIDADESREALIZADAS , REVISION DE HISTORIA CLINICA ELECTRONICA EN CADA JORNADA Y SUPERVISION DE NOTAS DE ENFERMERIA DEL PERSONAL A CARGO PARA VERIFICAR VERACIDAD , SECUENHCIA , Y COHERENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL	--NOTAS DE ENFERMERIA - HISTORIA CLINICA DINAMICA - ESCALAS DE RIESGO DE CAIDA Y LESION EN PIEL -PATRONES DE ENFERMERIA
4	4). Apoyar la elaboración, actualizaciòn de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--ELABORACIÓN EXPLICACIÓN Y DILIGENCIAMIENTO DE DOCUMENTOS Y/O FORMATOS SEGÚN EL CASO PERTINENTE ESCALAS DE ENFERMERÍA, PLANES DE CUIDADO, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS.	---ESCALAS DE ENFERMERÍA - PLANES DE CUIDADO - CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	-ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS SEGÚN ORDEN MEDICA. - CORRECTOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.	-REGISTRO EN PLANTILLAS DE MEDICAMENTOS POR DINÁMICA, NOTAS DE ENFERMERÍA DE CADA PACIENTE
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-BRINDAR INFORMACIÓN A LOS PACIENTE SOBRE LOS DIFERENTES PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD	--INFORMACIÓN PERSONALIZADA A CADA PACIENTE - DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	–TOMAR CONDUCTAS SEGÚN CORRESPONDA (PAE) -USAR Y MANTENER EN EXCELENTES CONDICIONES LOS EQUIPOS DE LA INSTITUCIÓN PROPIAS DEL CUIDADO DEL PACIENTE.	–-INVENTARIOS DE CADA SERVICIO. - REVISIÓN Y APLICACIÓN DE FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-DILIGENCIAR NOTA DIARIA DE CARRO DE PARO ,VERIFICACION,Y REGISTRO DEL MISMO ,REALIZAR ARQUEO MENSUAL Y CAMBIO DE MEDICAMENTOS VENCIDOS	-REGISTRO DIARIO Y MENSUAL DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE CARRO DE PARO
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	–SE REALIZA AUDITORIAS CONCURRENTES DE NOTAS DE ENFERMERIA , SE VELA POR EL BIENESTAR DEL USUARIO FRENTE A LA OBSERVACION DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA	-HISTORIA CLINICA - NOTAS DE ENFERMERIA - ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	–CUIDADO INTEGRAL AL SUJETO DE CUIDADO SEGÚN EL SERVICIO Y TURNO EN CUMPLIMIENTO A LAS GUIAS , PROTOCOLOS , VERIFICAR CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL DE APOYO QUE DE CONTINUIDAD AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE	–-REGISTROS DE INVENTARIOS - REGISTRO EN LIBRO DE INGRESO Y EGRESO DE PACIENTES - REGISTRO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE UNIDADES

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 4181100
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	57443562		
2022	FEBRERO	2022	03	13			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOOCHENTA Y UN MIL CIENPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1672440	$ 267590	$ 267700
Salud		COMPENSAR		$ 209055	$ 242700
ARL	1	SURA		$ 40741	$ 40800
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 485375**	$ 551200

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870364017

Karen Bustos Novoa

KAREN PAOLA BUSTOS NOVOA
1013638693

EDILMA GALINDO CASTILLO
PROFESIONAL GESTIÓN ADMINISTRATIVO EN SALUD

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013638693	Karen Paola Bustos Novoa	Cra 23 # 30-18 Sur Barrio Quiroga	20000000	kabustos@estudiantesareandina.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-02	2022-02	I	11/03/2022	57443562	$551.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	209.200	0		0		0	0	0	0	209.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	267.700	0	0	0	0	0	0		267.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades No. Autorización	Incapacidades Valor	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	40.800				40.800	0	0	40.800			408	40.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	33.500	0	0	33.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	209.200	209.200
Pensión	1	267.700	267.700
Riesgos Laborales	1	40.800	40.800
CCF	1	33.500	33.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	551.200	551.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013638693	Karen Paola Bustos Novoa	Cra 23 # 30-18 Sur Barrio Quiroga	20000000	kabustos@estudiantesareandina.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-02	2022-02	I	11/03/2022	57443562	$551.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1013638693	Bustos Novoa Karen Paola	59	0			N																230301	1.673.000	267.700	0	0	0	0	EPS008	1.673.000	209.200	14-11	1.673.000	3	40.500	CCF24	1.673.000	33.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

○ 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 de cobro KAREN BUSTOS FEBRERO 2022 CTO 4198.pdf	cuenta de cobro KAREN BUSTOS FEBRERO 2022 CTO 4198.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA 2022 FEBRERO KAREN BUSTOS CTO 4198.pdf	CUENTA 2022 FEBRERO KAREN BUSTOS CTO 4198.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >