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:**	2022-04-01	**Hasta:**	2022-04-30	
Nombre del Contratista:	ESTHI LAUDY MARIN SANABRIA		**Número de Documento:**	43928203	
Correo Electrónico:	laudimarin85@gmail.com		**Número Telefónico:**	3123349190	
Nombre del Supervisor:	DIANA LUCÍA VALLARINO VILLAREAL	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2425-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	426
Perfil	ENFERMERO				
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
D05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	24	18100	$3801000	97.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3801000	TRES MILLONES OCHOCIENTOS UN MIL PESOS					

CamScanner

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 7059000	1073

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 3475200
2	MARZO	$ 3583800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 11728800	$ 18787800	$ 7059000	$ 11728800

	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 Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	-CUIDADO INTEGRAL AL SUJETO DE CUIDADO SEGÚN EL SERVICIO Y TURNO ASIGNADO EN CUMPLIMIENTO A LAS GUÍAS PROTOCOLOS	-NOTAS DE ENFERMERIA, AUDITORIA CONCURRENTE
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.	-CUIDADO INTEGRAL AL SUJETO DE CUIDADO SEGÚN EL SERVICIO Y TURNO ASIGNADO. BRINDAR CUIDADO DIRECTO AL PACIENTE: TOMA DE SIGNOS VITALES, HOJA NEUROLÓGICA, CONTROL DE LÍQUIDOS, ASEO DE PACIENTES, CANALIZACIÓN DE VENAS, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO, ROTULACIÒN DE LÍQUIDOS Y MEZCLAS, VERIFICACIÓN DE PERMEABILIDAD DE VENA	-NOTAS DE ENFERMERÍA, AUDITORIA CONCURRENTE
3	3). Registrar en la Historia Clinica toda la información del acto paramèdico (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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	-DAR CUMPLIMIENTO AL 100% DE LAS ACTIVIDADES DEL OBJETO CONTRACTUAL. REALIZAR LOS CUIDADOS PROPIOS DE ENFERMERÍA, SEGÚN LAS NORMAS DE LA INSTITUCIÓN Y EL EJERCICIO PROPIO DE ENFERMERÍA	-AUDITORIAS CONCURRENTES

CamScanner

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-DILIGENCIAMIENTO INTEGRAL DE HISTORIA CLÍNICA, REALIZAR REGISTRO SEGÚN PROTOCOLO DE NOTAS DE ENFERMERÍA	-NOTAS DE ENFERMERÍA ,AUDITORIA CONCURRENTE ,FORMATOS ESTABLECIDOS EN LA SUB RED SUR
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.	-CONTROL INSUMOS DEL SERVICIO QUE REQUIERE EL PACIENTE (BODEGA) DE INSUMOS DE CADA SERVICIO). UTILIZAR RACIONALMENTE EL MATERIAL DE CONSUMO QUE SEA NECESARIO PARA CUMPLIR EL OBJETO CONTRACTUAL.	-HISTORIA CLÍNICA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-FOMENTAR EL AUTO CUIDADO DEL PACIENTE CON EDUCACIÓN SEGÚN SU NECESIDAD	-HISTORIA CLÍNICA
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.	-FOMENTAR EL AUTO CUIDADO DEL PACIENTE CON EDUCACIÓN SEGÚN SU NECESIDAD	-REALIZAR AUDITORIAS RECURRENTES, REALIZAR LOS INFORMES PERTINENTES OPORTUNAMENTE INFORMANDO LAS NOVEDADES
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-DILIGENCIAR LOS FORMATOS DISPUESTOS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DE LA PROFESION EN LA ELABORACION Y EJECUCION DE LA HISTORIA CLINICA, Y DEMAS ACTIVIDADES QUE COMPETEN.	- EMPLEAR LOS RECURSOS DISPUESTOS EN LA PLATAFORMA DINAMICA, DILIGENCIAR LOS APLICATIVOS NECESARIOS EN EL PROCESO DE ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA.
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.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL, PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO DE LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS DIFERENTES ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD EN SALUD SOGCS EN SUS CUATRO COMPONENTES: SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN, SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN, PAMEC Y SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD; CONFORME AL MARCO NORMATIVO VIGENTE: DECRETO 1011 DE 2006, RESOLUCIÓN 2082 DE 2014 RESOLUCIÓN 1445 DE 2006, RESOLUCIÓN 1446 DE 2006 Y RESOLUCIÓN 2003 DE 2014).	-REGISTROS DE ENFERMERIA, AUDITORIAS RECURRENTES, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS ESTABLECIDOS EN LA SUBRED PARA EL DESARROLLO Y EL EJERCICIO DE LA PROFESION

CamScanner

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES FRENTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL Y PARAFISICALES QUE HAYA LUGAR, ENTREGAR FORMATO DILIGENCIADO DE ACTIVIDADES DE PRESTACION DE SERVICIOS SEGIN LA FECHA ESTABLECIDA.	-MANTENER ACTUALIZADOS TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS DURANTE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

CamScanner

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	$ 3583800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	58002436		
2022	MARZO	2022	04	08			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1433520	$ 229363	$ 229400
Salud		SÁNITAS		$ 179190	$ 179200
ARL	3	SURA		$ 34921	$ 35000
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 416036	$ 443600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	712075885

ESTH LAUDY MARIN SANABRIA
43928203

Diana Vallarino
Elaboró Jefe
FUA TP 29668

DIANA LUCÍA VALLARINO VILLAREAL
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

CamScanner

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		
☐	FEBRERO 2425-2022.pdf	FEBRERO 2425-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2425-2022.pdf	MARZO 2425-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CamScanner

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	43928203	ESTHI LAUDY MARIN SANABRIA	Diagonal 49 A #13K - 19sur	3123349190	laudimarin85@gmail.com	
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	
2022-03	2022-03	I	08/04/2022	58002436	$472.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	179.200	0		0		0	0	0	0	179.200	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	229.400	0	0	0	0	0	0		229.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		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
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.000				35.000	0	0	35.000			350	35.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.700	0	0	28.700	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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	179.200	179.200
Pensión	1	229.400	229.400
Riesgos Laborales	1	35.000	35.000
CCF	1	28.700	28.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	472.300	472.300

COPIA

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

CamScanner

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	43828203	ESTHI LAUDY MARIN SANABRIA	Diagonal 49 A #13K - 19sur	3123349190	laudimarin85@gmail.com	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-03	2022-03	I	08/04/2022	58002436	TOTAL A PAGAR	
					$472.300	

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Estudiante	Aprendiz	Extranjero sin cédula	Estudiante de posgrado	IGE	LMA	VSP	SLN	IRL	VAC - LR	AVP	VCT	INT	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP CORRECCIONES	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Affiliado	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	43828203	MARIN SANABRIA ESTHI LAUDY	30	0		N																	230301	1.433.520	229.400	0	0	0	0	EPS005	1.433.520	179.200	14-11	1.433.520	3	35.000	CCF24	1.433.520	28.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador

CamScanner