| | | |
|---|---|---|
| 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 | SINASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2022-05-01 | Hasta: | 2022-05-31 | |
| Nombre del Contratista: | LILIANA ANACONA IMBACHI | | Número de Documento: | 1065096357 | |
| Correo Electrónico: | Liliana_anacona@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3226605393 | |
| Nombre del Supervisor: | DIANA LUCÍA VALLARINO VILLAREAL | Cargo: | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD | Código - Grado: | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato: | 3846-2022 | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 467 |
| Perfil: | AUXILIAR DE 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IIIME | DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 186 | 54 | 9729 | $2334960 | 125% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 2334960 | DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS | | | | | |

## 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 | $ 1634472 | |
| 2 | MARZO | $ 2276586 | |
| 3 | ABRIL | $ 2334960 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|

Escaneado con CamScanner

| $ 42963264 | $ 42963264 | $ 6246018 | $ 36717246 |
|---|---|---|---|

| | 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 demàs normas concordantes. | -Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados | -Registro en historias clinicas |
| 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. | -Informar asistir prevenir inducir la importancia del auto cuidado a los pacientes y familiares de acuerdo a la condicionen que se encuentren. | -Informacion clara y oportuna de la informacion requerida |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermería, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente | -Revisar y registrar en la historia clínica del paciente la evolución del mismo e informar sobre su estado de salud a todos los que les deba interesar | -Historia clinicay notas de enfemeria |
| 4 | .4). Apoyar la elaboraciòn, actualización de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Verificar, informar elaborar, diligenciar, consultar y/o estudiar documentos o formatos propios de y acordeles a los casos pertinentes. | -Historia clinica y demas documentos institucionales |
| 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. | -Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte medica | -Mesa de ayuda subred sur -Sistena dinamica |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Apoyar fomentar y fortalecer las actividades propias de enfermería bajo los parámetros del cuidado del paciente | -Historia clinica , participacion, informacion berval y escrita en los diferentes documentos institucionales |



Escaneado con CamScanner

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Período al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | | $ 2334960 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 58549355 | | | |
| 2022 | ABRIL | 2022 | 05 | 17 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS | | | |
| Item | | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | $ 1000000 | $ 160000 | $ 160000 |
| Salud | | | | | FAMISANAR | | $ 125000 | $ 125000 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 24400 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | $ 290220 | $ 309400 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870450550 |

Liliana Anacona Imbachi

**LILIANA ANACONA IMBACHI**
**1065096357**

Diana Vallarino
FUAA TR 29868

**DIANA LUCÍA VALLARINO VILLAREAL**
**PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD**



Escaneado con 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 | 1065096357 | LILIANA ANACONA IMBACHI | Calle 69b N 17M-16 sur | 7924401 | liliana_anacona@hotmail.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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-05 | 2022-05 | I | 17/06/2022 | 59266552 | $309.400 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 125.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 125.000 | 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 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 160.000 | 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 | 24.400 | | | | 24.400 | 0 | 0 | 24.400 | | | 244 | 24.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 125.000 | 125.000 |
| Pensión | 1 | 160.000 | 160.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 24.400 | 24.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 309.400 | 309.400 |

PAGADA

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 |
| CC | 1065096357 | LILIANA ANACONA IMBACHI | | Calle 69b N 17M-16 sur | 7924401 | liliana_anacona@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | |
| 2022-05 | 2022-05 | I | 17/06/2022 | 59266552 | $309.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | 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 |
| 1 | CC | 1065096357 | ANACONA IMBACHI LILIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.000.000 | 160.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.000.000 | 125.000 | 14-11 | 1.000.000 | 3 | 24.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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