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:**	2022-05-01	**Hasta:**	2022-05-31	
Nombre del Contratista:	MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA		**Número de Documento:**	1010244533	
Correo Electrónico:	mariacamq26@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3503412246	
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6034-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1073
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
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	0	9729	$1809594	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1809594**	**UN MILLON OCHOCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-04-26	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3911058	$ 3911058	$ 0	$ 3911058

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

Escaneado con CamScanner

1	Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Ley Arco 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. Rebicion de la historia clinica registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados	-Registro en historia clinica
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el mantenimiento de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.	-Informar asistir prevenir inducir la importancia del auto cuidado a los pacientes y familiares de acuerdo a la condicion en que se encuentren.	-Informacion clara y oportuna de la informacion requerida
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 medico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Revisar y registrar en la historia clinica del paciente la evolucion del mismo e informar sobre su estado de salud a todos los que les deba interesar	-Historia clinica y notas de enfermeria
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.	-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	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la prevención de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones medicas, dejando registro escrito en la historia clínica y o documentos destinados por la institución.	-Participar en la educación del paciente y cuidador sobre habitos de vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte medica	-Mesa de ayuda subred sur -Sistema dinamica
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

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	055048841995968

Diana Fernandez
Enfermera Jefe
Universidad Nacional
C.C. 1.030514.002

camila moque

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA
1010244533

DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

Escaneado con CamScanner

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de novedades
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o cabeza de familia; - Beneficiario o afiliado adicional
3. Régimen: A. Contributivo; B. Subsidiado; B. Colectivo; C. Institucional; D. De oficio
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cabeza de familia; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
Código a registrar por la EPS

II. AFILIACION Y DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1090414533
AMADOR | MARIA | CAMILA
9. Sexo: Femenino X | Masculino
10. Fecha de nacimiento
11. Etnia | 12. Discapacidad | 13. Puntaje SISBEN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia
Zona: Urbana X | Rural

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)
19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino | Masculino
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Unión	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria
34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS
Código de la IPS (a registrar por la EPS)

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO
35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación

A. REPORTE DE NOVEDADES
40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o actualización de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo; B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen; B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del Fondo de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD
41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino | Masculino | Fecha de nacimiento
42. Fecha
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado (Código)
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES
46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y consulte datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorizaciones para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto

VIII. FIRMAS

ANEXOS
56. Anexo copia del documento de identidad CN | Cert. | RC | Cert. | TI | Cert. | CC | Cert. | PA | Cert. | CE | Cert. | CD | Cert. | SC | Cert. | Total
57. Copia del documento que acredite la calidad de migrante
58. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial y del acto administrativo de custodia
62. Documento en que conste la pérdida de la calidad pensional, o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de vacancia por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Copia de la solicitud de afiliación a la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la pérdida de la patria potestad de los padres o afiliación de oficio

IX. DATOS A DILIGENCIAR POR LA ENTIDAD TERRITORIAL
66. Identificación de la entidad Territorial: Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma de formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

ORIGINAL Cotizante
Prohibido Super Subsidio

23 MAY 2022

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 23 de mayo de 2022

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1010244533 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/12/2021 **Fecha fin cobertura:** 30/01/2022

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - TRANSPORTE-SIRC-RUTA

CLASE: 4 **PORCENTAJE:** 4,35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
4603201 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE COLECTIVO NO REGULAR DE PASAJEROS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
4603101 - EMPRESAS DEDICADAS AL TRANSPORTE NO REGULAR INDIVIDUAL DE PASAJEROS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 4603101

CLASE DE RIESGO: 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35%

Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4,35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10102445332214356143

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 23/05/2022 3.35 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 181.55.230.173, 192.230.104.1, 172.16.42.57

Escaneado con CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **20/01/2022**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **1010244533**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	**0550488419959868**
Saldo a la fecha	**1,014.50 Pesos**
Fecha de apertura	**13/03/2021**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Escaneado con CamScanner

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.244.533**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 23 de Mayo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA

1010244533

Desarrolló el curso de INDUCCION GENERAL, con una intensidad de 16 horas

Para constancia se firma

enero 4, 2022

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA

1010244533

Recibió actualización en RESPONSABILIDAD SOCIAL con una intensidad de 08 horas

Para constancia se firma

mayo 20, 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

kFJcDaqz03

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA

1010244533

Desarrolló el curso de **CURSO DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO 2022**, con una intensidad de 8 horas

Para constancia se firma

25 de mayo de 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA

1010244533

Recibió actualización en **PLATAFORMA ESTRATEGICA 2021 -2024** con una intensidad de 02 horas

Para constancia se firma

mayo 25, 2022

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

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	SINSUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-06-01	**Hasta:**	2022-06-30	
Nombre del Contratista:	MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA		**Número de Documento:**	1010244533	
Correo Electrónico:	mariacamq26@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3503412246	
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6034-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1073
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
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	120	0	9729	$1167480	64.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1167480**	**UN MILLON CIENTOSESENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-04-26	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	MAYO	$ 1809594	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3911058	**$ 3911058**	**$ 1809594**	**$ 2101464**

Escaneado con CamScanner

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	--recibo y entrega de turno. Rebicion de la historia clínica registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados	-Registro en historia clínica
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 condición en que se encuentren.	-Informacion clara y oportuna de la informacion requerida
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 clínica y notas de enfemeria
4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn 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	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	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

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 1809594
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	59577724		
2022	MAYO	2022	06	10			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		COMPENSAR		$ 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	0550488419959868

Camila Moque

MARIA CAMILA MOQUE AMPUDIA
1010244533

Diana Fernández
Enfermera Jefe
Universidad Nacional
C.C. 1030.614.002

DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

Escaneado con CamScanner