| 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 | SIAS |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2022-08-01 | Hasta: | 2022-08-31 | |
| Nombre del Contratista: | JUAN PABLO AREVALO JIMENEZ | | Número de Documento: | 1018494253 | |
| Correo Electrónico: | Juanpabloarevalojimenez@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3202016207 | |
| Nombre del Supervisor: | ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ | Cargo: | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD | Código - Grado: | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato: | 2460-2022 | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 426 |
| Perfil: | ENFERMERO | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 180 | 0 | 18100 | $3258000 | 93,8% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 3258000 | TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS | | | | | |

## 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 | $ 5864400 | 1073 |
| 2 | 2022-07-01 | 2022-09-30 | 2 | $ 6733200 | 1955 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | | Mes Cuenta de Cobro | | Valor a Pagar | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 3040800 |
| 2 | MARZO | $ 3475200 |
| 3 | ABRIL | $ 3258000 |
| 4 | MAYO | $ 3258000 |
| 5 | JUNIO | $ 3258000 |
| 6 | JULIO | $ 3475200 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 10425600 | $ 23023200 | $ 19765200 | $ 3258000 |

| | 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 demás normas concordantes. | -Prestar servicios con estandares de calidad, oportunos y humanizados | -Historia Clinica |
| 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. | -Educar a los pacientes y cuidadores en estilos y habitosde vida saludables, en manejo de su patologia y tratamiento | -Historia Clinica |
| 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 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya) | Diligenciar correctamente los registros clinicos | -Historia Clinica |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización 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. | -Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guias, protocolos y formatos institucionales | -Historia Clinica |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. | -Conocer y aplicar protocolo de administracion de medicamentos | -Historia Clinica |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. | -Identificacion y canalizacion a los servicios de salud | -Historia Clinica |
| 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. | -Articulacion y canalizacion intersectorial según necesidades de los usuarios | -Historia Clinica |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | -Arqueo de Carro de paro según programacion y seguimiento diario | -Carpeta 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. | -Seguimiento y supervision al personal auxiliar de enfermeria de la unidad | -Formatos institucionales |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Seguimiento a os planes de manejo para que se ejecuten | -Historia Clinica |

| 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** | | $ 3475200 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 61013644 | | | |
| **2022** | **JULIO** | **2022** | **08** | **10** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **TRES MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS** | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | $ 1390080 | $ 222413 | $ 222500 |
| Salud | | | | | COMPENSAR | | $ 173760 | $ 173800 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 33862 | $ 33900 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | **Total** | **$ 403429** | $ 430200 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 56702568639 |

Juan Pablo Arevalo Jimenez

**JUAN PABLO AREVALO JIMENEZ**
**1018494253**

Alexandra Rodriguez Gutierrez

**ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ**
**PROFESIONAL GESTION 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 | 1018494253 | JUAN PABLO AREVALO JIMENEZ | Calle 52G #28 - 09 | 7284996 | juanpabloarevalojimenez@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-07 | 2022-07 | I | 10/08/2022 | 61013644 | $430.200 | |

## 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 | 173.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 173.800 | 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 | 222.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 222.500 | 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 | 33.900 | | | | 33.900 | 0 | 0 | 33.900 | | | 339 | 33.900 | 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 | 173.800 | 173.800 |
| Pensión | 1 | 222.500 | 222.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 33.900 | 33.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 430.200 | 430.200 |

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2022 CONTRATO N°2460 j.pdf | 2460 j.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2022 CONTRATO N°2460.pdf | 2460 juan.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2022 CONTRATO N°2460.pdf | 2460 Juan.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2022 CONTRATO N°2460.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2022 CONTRATO N°2460 (1).pdf | 2460 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DECOBRO MES DE JULIO 2022 CONTRATO N°2460-2022.pdf | 2460-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >