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:**	2022-09-01	**Hasta:**	2022-09-30	
Nombre del Contratista:	MACOLH DAYANA ROJAS MURCIA		**Número de Documento:**	1000783594	
Correo Electrónico:	dayis9878@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142228421	
Nombre del Supervisor:	DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6065-2022	**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	0	72	9729	$700488	38.7%
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	150	0	9729	$1459350	80.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2159838**	**DOS MILLONES CIENTOCINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-05-06		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-06-01	2022-06-30	1	$ 58374	1750
2	2022-07-01	2022-09-30	2	$ 4728294	1955

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2022-08-01	2022-09-30	3	$ 2043090	2315
4	2022-09-01	2022-09-30	4	$ 466992	2683

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MAYO	$ 1400976
2	JUNIO	$ 1984716
3	JULIO	$ 2101464
4	AGOSTO	$ 2510082

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3327318	**$ 10624068**	**$ 7997238**	**$ 2626830**

	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, segùn 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, revisión 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 condicionen que se encuentren.	-Informacion clara y oportuna de la información requerida
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, 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 clinica y notas de enfermería
4	Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de enfermeria 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 demás documentos institucionales

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 sub red sur y sistema dinámica
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 clínica, participación, información verbal y escrita en los diferentes documentos institucionales

© Siasur - 2022

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	$ 2510082
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	56341258		
2022	AGOSTO	2022	09	16			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL OCHENTA Y DOSPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1004033	$ 160645	$ 160700
Salud		SALUD TOTAL		$ 125504	$ 125600
ARL	3	SURA		$ 24458	$ 24500
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 291390**	$ 310800

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	161877881

Dayana Rojas.

MACOLH DAYANA ROJAS MURCIA
1000783594

Diana Fernández
Enfermera Jefe
Universidad Nacional
C.C. 1.030.614.002

DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

riWkuHzjYh

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

ROJAS MURCIA MACOLH DAYANNE

1000783594

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de Los Ejes de Acreditación y su importancia en un Hospital Universitario.

Para constancia se expide

septiembre 26, 2022

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

BOGOTÁ

Comprobante

de pago en línea



ENLACE OPERATIVO S.A.

Pago realizado por: MACOLH DAYANE ROJAS MURCIA

Nro. de recibo: 56341258

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: 10.0.19.58

Concepto: CC

Razón Social: 1000783594

Fecha y hora de la transacción: viernes 16 de Septiembre de 2022 15:29:21 PM

Nro. de comprobante: 0000006465

Valor pagado: $ 310,800.00

Cuenta: *******5693

Bancolombia S.A.

Comuníquesecon nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presentaalguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2022-09-16, 15:20:14 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 56341258

Periodo Cotización 202208 **Periodo Servicio** 202208

PAGADA 2022-09-16 03:16:43.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MACOLH DAYANE ROJAS MURCIA				
Documento	CC 1000783594	**Dirección**	CR 23C SUR #59 A - 16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3142228421		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1000783594		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					ROJAS MURCIA MACOLH DAYANNE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADAUNADE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																											Extranjer	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DiasAFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aport e Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																30	30	30	0				230201		16 %	$ 1.004.033	$ 160.700	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.004.033	$ 125.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.004.033	$ 24.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SALUD TOTAL	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.700	$ 0	$ 0	$ 125.600	$ 24.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 310.800

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

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 MAYO 2022 CONTRATO 6065.pdf.pdf (Archivado)	CUENTA MAYO 2022 CONTRATO 6065.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo 2022 CONTRATO 6065.pdf.pdf	Cuenta Mayo 2022 CONTRATO 6065.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta junio 2022 CONTRATO 6065.pdf	Cuenta junio 2022 CONTRATO 6065.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro mes de julio (1).pdf	cuenta de cobro mes de julio (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de agosto.pdf	Cuenta de cobro mes de agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

INSTRUMENTO MEDICIÓN CONTRATISTAS

¡Muchas gracias!

Sus respuestas han sido guardadas.