| 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:** | 2022-10-01 | **Hasta:** | 2022-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | LINDA EMILIANA BOYACA RODRIGUEZ | | **Número de Documento:** | 52241866 | |
| **Correo Electrónico:** | lindaemilian@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3057671618 | |
| **Nombre del Supervisor:** | DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS | **Cargo:** | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3926-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 467 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J02ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 186 | 30 | 9729 | $2101464 | 112.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2101464** | **DOS MILLONES CIENTOUN MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 2218212 | |
| 2 | MARZO | $ 2218212 | |
| 3 | ABRIL | $ 2043090 | |
| 4 | MAYO | $ 2218212 | |

Powered by CamScanner

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | JUNIO | $ 2101464 |
| 6 | JULIO | $ 1809594 |
| 7 | AGOSTO | $ 1809594 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2159838 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 42963264 | $ 42963264 | $ 16578216 | $ 26385048 |

| | 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, 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 ,REVISION DE LA HISTORIA CLINICA,REGISTRO DE LAS ACTIVIDADESDE CADA UNO DE LOS PACIENTES. | -REGISTRO DE 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. | -INFORMAR,ASISTIR Y PREVENIR A LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES DE ACEURDO A LA CONDICION QUE SE ENCUENTRE | -INFORMACION CLARA Y OPORTUNA. IMPORTANCIA,IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO Y DE LA INFORMACION REQUERIDAD |
| 3 | 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 CLINICA DEL MISMO E INFORMAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD A TODOS LOS QUE LES DEBA INTERESAR. | -HISTORIA CLINICAY NOTAS DE ENFERMERIA |
| . 4 | 4). Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, gulas, 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 Y ELABORAR DOCUMENTPS PROPIOS Y ACORDES A LOS CASOS PERTINENTES. | -HISTORIA CLINICA Y DEMAS DOCUMENTOS O FORMATOS INSTITUCIONALES. |

Powered by CamScanner

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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 EDUCACION DE VIDA SALUDABLE Y REFORZAR LAS RECOMENDACIONES MEDICAS. | -MESA DE AYUDA SUBRED SUR Y SISTEMA DINAMICA |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -APOYAR,FOMENTAR Y FORTALEZER LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIABAJO LOS PARAMETROS DEL CUIDADOS DEL PACIENTE. | -HISTORIA CLINICA ,INFORMACION VERBAL Y ESCRITA DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOS INSTITUCIONALES. |

Powered by 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 | $ 2159838 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1049776265 | | |
| 2022 | SEPTIEMBRE | 2022 | 10 | 24 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES CIENTOCINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHOPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1000000 | $ 160000 | $ 161000 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 125000 | $ 125800 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 24600 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 290220 | $ 311400 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870442557 |
|---|---|---|---|---|---|

**LINDA EMILIANA BOYACA RODRIGUEZ**
**52241866**

Diana Fernandez
Enfermera Jefe
Universidad Nacional
C.C. 1.000.514.002

**DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS**
**PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD**

Powered by CamScanner