

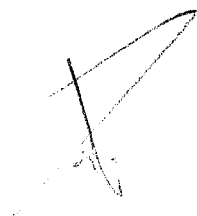
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR 

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2022-10-01	Hasta:	2022-10-31	
Nombre del Contratista:	FLORINDA CALDERON GONZALEZ		Número de Documento:	52745600	
Correo Electrónico:	albawc@hotmail.com		Número Telefónico:	3165512700	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1756-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	426
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MOCHUELO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
N04VM	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MOCHUELO	100	0	8395	\$839500	53.8%
N04VN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS PASQUILLA	86	0	8395	\$721970	46.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1561470	UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS					

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	\$ 3122940	1146
2	2022-07-01	2022-09-30	2	\$ 3122940	1958



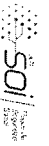
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2022-08-01	2022-09-30	3	\$ 1561470	2318
4	2022-10-01	2022-10-31	4	\$ 1561470	2795
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1561470	
2		MARZO		\$ 1561470	
3		ABRIL		\$ 1561470	
4		MAYO		\$ 1561470	
5		JUNIO		\$ 1561470	
6		JULIO		\$ 1561470	
7		AGOSTO		\$ 1561470	
8		SEPTIEMBRE		\$ 1561470	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4684410		\$ 14053230		\$ 12491760	\$ 1561470
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 demás normas concordantes	- Tiempo completo por prestación de servicios		- Agendamiento Institucional	
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.	- Asistir al profesional de medicina bajo los estándares de calidad y normas tecico cientificas y inversamente aceptadas		- Agendamiento Institucional	
3	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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	- Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E		- Programación por parte del líder	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	- Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de la subred integrada de servicios de salud sur E.S.E	- Programación por parte del líder
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	- Cuidar y solicitar oportunamente los insumos para no afectar el servicio	- Reportar daños realizados y solicitar el pedido mensual
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Asistir al médico general o especialista preparando al paciente y asistiéndolo en cada procedimiento	- Programación por parte del líder

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			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7852140481			\$ 1561470	
2022	SEPTIEMBRE	2022	10	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1000000	\$ 160000	\$ 160000	
Salud				SÁNTAS			\$ 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	1700088923	

Florinda Calderón G.
 FLORINDA CALDERON GONZALEZ
 52745600


 GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
 DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: BOGOTÁ CALDERÓN CONDALES	CEDULA DE CIUDADANÍA: 52749800	NÚMERO PLANILLA: 7082144481	PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: 2022
DIRECCIÓN: BOGOTÁ, DISTRITO CAPITAL, DEPARTAMENTO: VER, MICHIGUÉ, ALTO	DEPARTAMENTO: VER, MICHIGUÉ, ALTO	PERÍODO COTIZACIÓN: 2022	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: 2022
TIPO DE APORTANTE: 02-DEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (dd/mm/aaaa): 2022/10/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 170552203
FORMA DE PRESENTACIÓN: UNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA: UNICO	MIS: septiembre AÑO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEMA E ICBF (FEEDBACK TRIBUTARIA): NO		MIS: septiembre AÑO	

CÓDIGO	25-14 COL PERSONAS	TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD			
		Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUSPENSIÓN	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	TOTALES
SUB-TOTALES:		1	\$ 160,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000

CÓDIGO	25-14 COL PERSONAS	TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD			
		Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUSPENSIÓN	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	TOTALES
SUB-TOTALES:		1	\$ 160,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000

CÓDIGO	25-14 COL PERSONAS	TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD			
		Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUSPENSIÓN	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	TOTALES
SUB-TOTALES:		1	\$ 160,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000

CÓDIGO	25-14 COL PERSONAS	TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD				TOTAL APORTES A SALUD			
		Nº COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUSPENSIÓN	COTIZACIÓN	MORA	FSP	APORTES	TOTALES
SUB-TOTALES:		1	\$ 160,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000	\$ 0	\$ 160,000	\$ 160,000

TOTAL \$ 312,500



Aumentar el contraste

UTC -5 13:10:20
FLORINDA CALDERON G

Buscar...

Id de página: 23000726 Ayuda ?

Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

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? ☐ Si ☒ 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		
☐	Enero2022 1623-2021.pdf	Enero2022 1623-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Febrero_1756-2022 alba.pdf	Febrero_1756-2022 alba.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 1756-2022 alba.pdf	MARZO 1756-2022 alba.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL_1756-2022 ALBA.pdf	ABRIL_1756-2022 ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 1756-2022 ALBA.pdf	MAYO 1756-2022 ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 1756-2022 ALBA.pdf	JUNIO 1756-2022 ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO_1756-2022 ALBA.pdf	JULIO_1756-2022 ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 1756-2022 ALBA.pdf	AGOSTO 1756-2022 ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 1756-2022 ALBA.pdf	SEPTIEMBRE 1756-2022 ALBA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >