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:	2022-11-01	Hasta:	2022-11-30	
Nombre del Contratista:	VIVIANA SUAREZ CABRERA		Número de Documento:	1016020324	
Correo Electrónico:	suarezv34@yahoo.com.co		Número Telefónico:	3214107660	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código - Grado:	242-30

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3730-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	467
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	16	9729	$739404	39.6%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	16	9729	$739404	39.6%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	16	9729	$739404	39.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$2218212	DOS MILLONES DOSCIENTOS DIECIOCHO MIL DOSCIENTOS DOCEPESOS					

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	$2043090	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 1926342
3	ABRIL	$ 2043090
4	MAYO	$ 2043090
5	JUNIO	$ 1984716
6	JULIO	$ 2043090
7	AGOSTO	$ 1926342
8	SEPTIEMBRE	$ 1926342
9	OCTUBRE	$ 2043090

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 42963264	$ 42963264	$ 17979192	$ 24984072

	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 enfermeria) 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 demás normas concordantes	-Cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio	---historias clinicas delos pacientesatendidos durante los turnos programados
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	----Aplicación de los protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos	---historias clinicas y lista de chequeo de infecciones
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermeria, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	--Aplicación de los protocolos, guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades de cuidado a los pacientes atendidos	-lista de chequeo de infecciones sondas y cateter

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-Ejecutar tratamientos, inyectología, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorio, según normas y protocolos establecidos	-lista de chequeo de infeccione
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.	--Registro claro, corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería.	-historia de los usuarios atendidos
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales, control de líquidos y ordenes de enfermería.	--registros en historias clínicas

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	$ 2043090
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1049690428		
2022	OCTUBRE	2022	11	15			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL NOVENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 160000
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 290220	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	134142637

VIVIANA SUAREZ CABRERA
1016020324

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

© Siasur - 2022

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple.

Fecha creación reporte 2022-11-20, 01:51:00 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1049690428 **Referencia pago(PIN)** 8840328930

Periodo Cotización 202210 **Periodo Servicio** 202210

Cliente:

PAGADA 2022-11-15

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIANA SUAREZ CABRERA				
Documento	CC 1016020324	Dirección	CRA 114 No. 22 D - 23		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3214107660		
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 1016020324		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Colizante	59	00					SUAREZ CABRERA VIVIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			
															0	30	30	30	30			$ 1.000.000

Pensión							Salud					
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	Aporte Salud	Aporte UPC
230201		16 %	$ 1.000.000	$ 160.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.000.000	$ 125.000	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
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
14-11	3	2,436 %	$ 1.000.000	$ 24.400	CCF24	2 %	$ 1.000.000	$ 20.000	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	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 160.000	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 24.400	$ 20.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 329.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

e.almeraim.com/surve

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

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROCESO DE CAPACITACIÓN

Perfil

Asistencial

Nivel Jerárquico

Técnico

Tipo de vinculación

OPS

Unidad o sede donde presta su servicio

USS Vista Hermosa

Actividad de formación

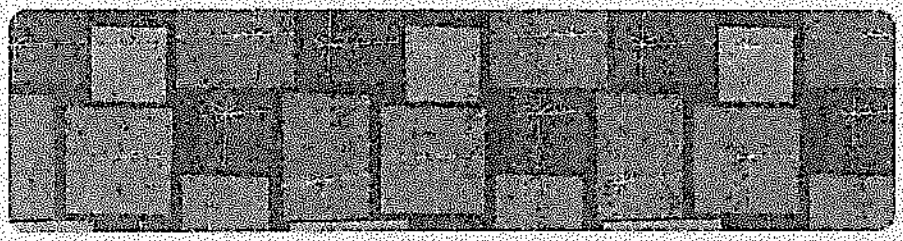
Cursos

Modalidad de formación

Virtual

Su opinión es importante para mantener programas de formación en el nivel de calidad y eficacia esperados, por favor califique su

docs.google.com/form



Reunión Mensual Urgencias - Octubre

Thank you for your response.

Modificar tu respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

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

ENCUESTA ADHERENCIA PLAN DE CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACION TIC

Fecha

ENCUESTA ADHERENCIA PLAN DE CONTINGENCIA SISTEMAS DE INFORMACION TIC

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

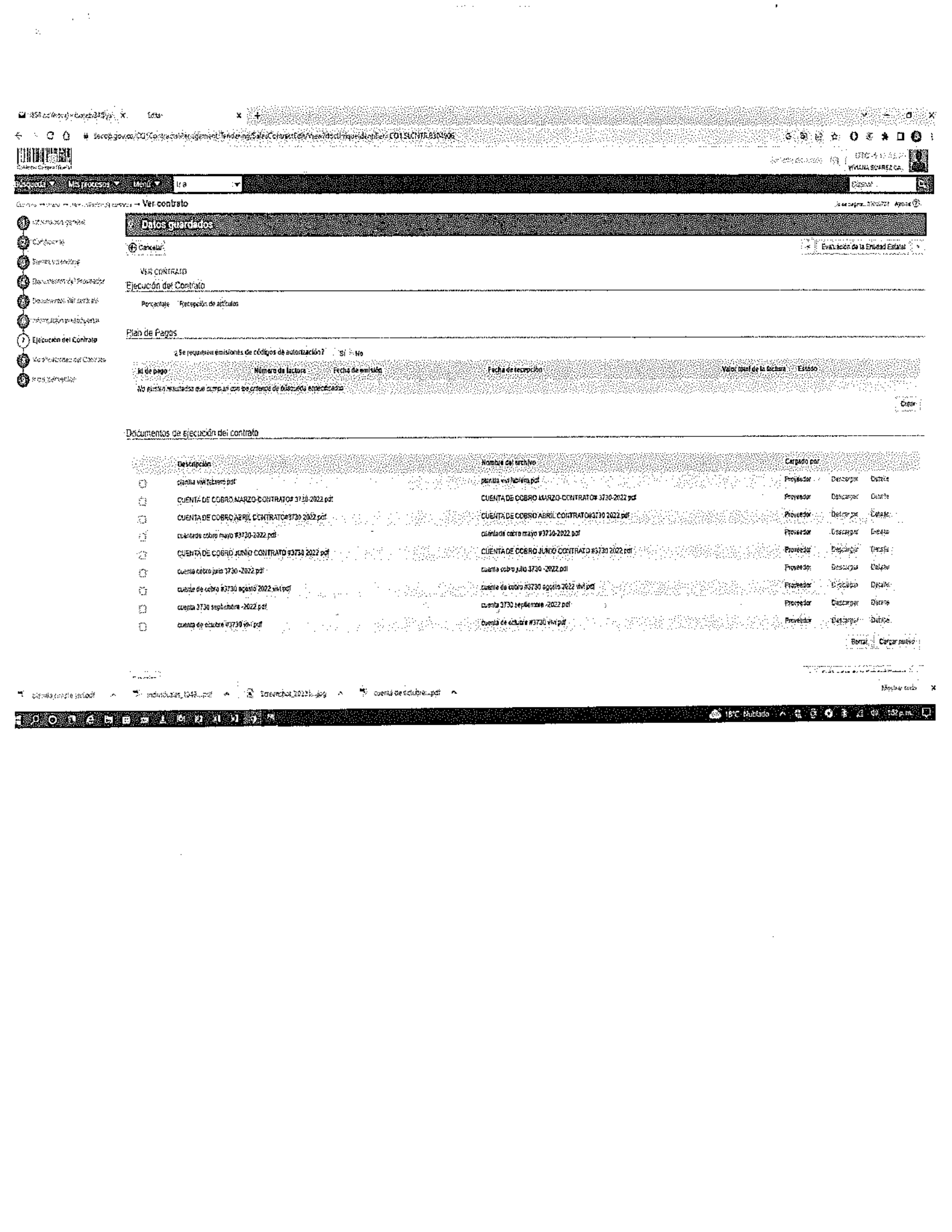
1. ¿Usted identifica cuales son los eventos o emergencias para poder notificar al profesional de enlace, cuando se presente una interrupción sufrida en recursos informáticos?

- ◯ Si
- ◯ No

Pregunta requerida

2. ¿Usted sabe quién debe notificar al profesional de enlace y/o apoyo líder del proceso, cuando se presente un evento ante interrupciones sufridas en recursos informáticos?

- ◯ Si


Ver contrato
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? 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
planilla vivi febrero.pdf
Proveedor
Descargar
Borrar
CUENTA DE COBRO MARZO-CONTRATO# 3730-2022.pdf
CUENTA DE COBRO ABRIL CONTRATO#3730 2022.pdf
cuentade cobro mayo #3730-2022.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO CONTRATO #3730 2022.pdf
cuenta cobro julio 3730 -2022.pdf
cuenta de cobro #3730 agosto 2022 vivi.pdf
cuenta 3730 septiembre -2022.pdf
cuenta de octubre #3730 vivi.pdf
Cargar nuevo
18°C Nublado
1:52 p.m.

INSTRUMENTO ESTÁNDAR DE MEDICIÓN DEL CLIMA LABORAL

Lista Participantes

Nombre	Apellido	Correo electrónico	Idioma	Token
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Español	[illegible]

Link encuesta

https://surveys.servicioclvil.gov.co/index.php/866786?token=MRouH