| 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:** | LUZ ADRIANA CIFUENTEZ VERGARA | | **Número de Documento:** | 53130317 | |
| **Correo Electrónico:** | adrianita-1985-cv@hotmial.com | | **Número Telefónico:** | 3214072134 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3784-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 426 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS NAZARETH | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N04NN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS NAZARETH | 186 | 0 | 11212 | $2085432 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2085432** | **DOS MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 2085432 | |
| 2 | MARZO | $ 2085432 | |
| 3 | ABRIL | $ 2085432 | |
| 4 | MAYO | $ 2085432 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | JUNIO | $ 2085432 |
| 6 | JULIO | $ 2085432 |
| 7 | AGOSTO | $ 2085432 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2085432 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2085432 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 47964936** | **$ 47964936** | **$ 18768888** | **$ 29196048** |

| 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. | -Se realiza apoyo a médicos , jefe de enfermería y demás personal que solicita apoyo. Se realiza aplicación de protocolos de limpieza y desinfección en la unidad. Se realiza apoyo en archivo de historia clínicas. | -Formato 12 y evolución 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 | -Se realiza atención oportuna y completa a los usuarios actuando con humanización y respeto. | -Se evidencia en encuestas de satisfacción al usuario. |
| 3 | Registrar en la historia clínica la informaciòn 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) | -Se llevan a cabo los planes de enfermería según cada uno de los usuarios y su condición identificando correctamente cada uno de ellos dejando en historia clínica cada uno de los planes. | -Registro notas de enfermería en historia clínica. |
| 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. | -Se realiza un manejo correcto de insumos al ser entregados por farmacia, utilizando el formato correspondiente siendo evidenciado en historia clínica de cada paciente. | -Formato de farmacia e historia clínica. |
| 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. | -Se brinda una asistencia correcta y oportuna en cada uno de los procedimientos del servicio. | -Verificación por parte de la jefe de enfermería , registro en historia clínica según procedimiento. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | -Socialización de piezas comunicativas de información general a nivel institucional. | -Encuestas de satisfacción al usuario. |

## 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 | $ 2085432 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1050256279 | | |
| 2022 | OCTUBRE | 2022 | 11 | 11 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 1000000 | $ 160000 | $ 161200 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 125000 | $ 125900 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 24360 | $ 24600 |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 290220** | $ 311700 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4500201696 |
|---|---|---|---|---|---|

**LUZ ADRIANA CIFUENTEZ VERGARA**
**53130317**

**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**


*© Siasur - 2022*

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Enero2022 1642-2021.pdf | Enero2022 1642-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Febrero_3784-2022.pdf | Febrero_3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 3784-2022.pdf | MARZO 3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 3784 2022.pdf | ABRIL 3784 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 3784-2022.pdf | MAYO 3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO 3784-2022.pdf | JUNIO 3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO_3784-2022.pdf | JULIO_3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 3784-2022.pdf | AGOSTO 3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 3784-2022.pdf | SEPTIEMBRE 3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | OCTUBRE 3784-2022.pdf | OCTUBRE 3784-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2022-11-11, 09:08:56 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | octubre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | octubre de 2022 |
| **Empresa** | LUZ ADRIANA CIFUENTES VERGARA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 53130317 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | () |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1050256279 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1751670436 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 331.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 160.000 | $ 1.200 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 125.000 | $ 900 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 24.400 | $ 200 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 20.000 | $ 200 |
| | | **SubTotales:** | | $ 329.400 | $ 2.500 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 331.900 |



**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!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!