| | | |
|---|---|---|
| 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:** | MARIANA CASTILLO JIMENEZ | | **Número de Documento:** | 1033717966 | |
| **Correo Electrónico:** | mariana23castillo10@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3125462407 | |
| **Nombre del Supervisor:** | DIANA MARCELA FERNANDEZ PALACIOS | **Cargo:** | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4170-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 467 |
| **Perfil:** | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J07ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 180 | 0 | 9729 | $1751220 | 93.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1751220** | **UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 1634472 | |
| 2 | MARZO | $ 1751220 | |
| 3 | ABRIL | $ 817236 | |
| 4 | MAYO | $ 1867968 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 5 | JUNIO | $ 1751220 |
| 6 | JULIO | $ 1751220 |
| 7 | AGOSTO | $ 1867968 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1751220 |
| 9 | OCTUBRE | $ 1634472 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 1751220 |

| 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, revisión de la historia clínica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados | -Registro en historias clinicas |
| 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 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 informacion requerida |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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 clinicay notas de enfemeria |
| 4 | 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 demas 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 | 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 subred sur -Sistena dinamica |
| 6 | 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 clinica , participacion, informacion berval 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 | $ 1634472 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 8363229262 | | |
| **2022** | **OCTUBRE** | **2022** | **11** | **10** | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS** | | |

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

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO AV VILLAS | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 051962467 |
|---|---|---|---|---|---|

**MARIANA CASTILLO JIMENEZ**
**1033717966**

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


***© Siasur - 2022***

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MARIANA CASTILLO JIMENEZ
**No. Identificación:** CC1033717966
**Dirección:** KR 5 ESTE NO 49 F 15 SUR
**Telefono:** 3125462407
**Correo:** lisa23castillo10@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8363229262

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIANA CASTILLO JIMENEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1033717966 |
| **Número de planilla** | 8363229262 |
| **Fecha pago** | 2022-11-10 |
| **Número de autorización pago** | 63229262 |
| **Banco** | 1052 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2022 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2022 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 309400 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 24400 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 160000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 125000 | 1 |

8363229262

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033717966
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIANA CASTILLO JIMENEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 1000000 | 1000000 | 1000000 | 0 | 125000 | 0 | 160000 | 0 | 24400 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO 4170-2022.pdf | FEBRERO 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 4170-2022.pdf | MARZO 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 4170-2022.pdf | ABRIL 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 4170-2022.pdf | MAYO 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO 4170-2022.pdf | JUNIO 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 4170-2022.pdf | JULIO 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 4170-2022.pdf | AGOSTO 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 4170-2022.pdf | SEPTIEMBRE 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE 4170-2022.pdf | OCTUBRE 4170-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CBG5EL7LNA

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

JIMENEZ MARIANA CASTILLO

1033717966

# Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de Tecnovigilancia.

Para constancia se expide

agosto 15, 2022

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

BOGOTÁ