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:**	2023-03-01	**Hasta:**	2023-03-31	
Nombre del Contratista:	MARIA DEL CARMEN LOPEZ		**Número de Documento:**	20886583	
Correo Electrónico:	carmencita0313@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3114546954	
Nombre del Supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3737-2022	**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 JERUSALEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02VC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS JERUSALEN	180	24	10510	$2144040	114.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2144040**	**DOS MILLONES CIENTOCUARENTA Y CUATRO MIL CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-12-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-12-01	2022-12-31	1	$ 1041003	3708
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 1692846	
2		MARZO		$ 1926342	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1867968
4	MAYO	$ 2159838
5	JUNIO	$ 2179296
6	JULIO	$ 2130651
7	AGOSTO	$ 1867968
8	SEPTIEMBRE	$ 1867968
9	OCTUBRE	$ 1984716
10	NOVIEMBRE	$ 1809594
11	DICIEMBRE	$ 1926342
12	ENERO	$ 1809594
13	FEBRERO	$ 1954860

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 42963264	$ 44004267	$ 25177983	$ 18826284

	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, 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	-Presto mis servicios como auxiliar de enfermería brindándole al paciente un trato digno y humanizado con responsabilidad y respeto.	-lograr que tanto el paciente ,la familia y la misma comunidad se sientan satisfechos con mi servicio.
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	Me adhiero a los protocolos como es lavado de manos en sus cinco momentos a la vez educo al paciente con el auto cuidado como es el uso de tapabocas higiene de manos y el uso adecuado de canecas y desechos.	-se deja registro en cada una de las actividades realzadas con el paciente.

© Siasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 demàs 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	---se realiza actividades diarias con el paciente siguiendo plan de enfermeria establecido por mi jefe, informando novedades y cambios relacionados con el cuadro clínico del paciente.	--se deja registro de cada una de las actividades realizadas con el paciente.
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	-Registro en cada uno de los formatos establecidos como son formato de desinfección y temperatura de las diferentes áreas del servicio así como consentimientos informados cambio de sondas y venopunción, registro diario de apertura de historias clínicas.	-Registro correcto de cada uno de los formatos establecidos.--
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.	-Brindándole una educación y orientación adecuada a los pacientes dejando registro en la historia clínica, cada uno de los procedimientos y actividades realizadas.	Se deja registro de cada una de las actividades realizadas.
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.		

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	$ 1954860
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4486669250		
2023	FEBRERO	2023	03	17			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 185600
Salud		SÁNITAS		$ 125000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	9170204185

MARIA DEL CARMEN LOPEZ
20886583

JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20886583
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DELCARMEN LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 62 A 87 F - 30	TELÉFONO:	7833885
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4486669250**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993672976

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 185.600
SUBTOTAL:			1	**$ 185.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 145.000
SUBTOTAL:			1	**$ 145.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 28.300
SUBTOTAL:			1	**$ 28.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 358.900**

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		
☐	MC Lopez febrero 2022.pdf	MC Lopez febrero 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MCLopez marzo 2022.pdf	MCLopez marzo 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MC Lopez abr 2022.pdf	MC Lopez abr 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Maria Del Carmen Lopez mayo 2022.pdf	Maria Del Carmen Lopez mayo 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Maria del carmen lopez junio 2022.pdf	Maria del carmen lopez junio 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Carmen Lopez Julio 2022.pdf	Carmen Lopez Julio 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Carmen López Agosto 2022.pdf	Carmen López Agosto 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MCLopez sep 22.pdf	MCLopez sep 22.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MCLopez oct 2022.pdf	MCLopez oct 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MCLOPEZ nov 2022.pdf	MCLOPEZ nov 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MC LOPEZ dic 2022.pdf	MC LOPEZ dic 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Maria del Carmen Lopez ene 2023.pdf	Maria del Carmen Lopez ene 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO 3737 CARMEN FEBRERO.pdf	CONTRATO 3737 CARMEN FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

kmJv6nyF2G

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

LOPEZ MARIA DEL CARMEN

20886583

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL V2

Con una intensidad horaria de : 40 horas

Para constancia se expide:

marzo 24, 2023

Vigencia de 3 años

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

BOGOTÁ

Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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

Capacitación Precauciones de aislamiento y Consentimiento informado

Thanks for submitting your contact info!

Modificar tu respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios