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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-07-01	Hasta:	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	ANYELLY IBEHT HERNANDEZ NIETO		Número de Documento:	1023927691	
Correo Electrónico:	anyelly1508@hotmail.com		Número Telefónico:	3122882005	
Nombre del Supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4213-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	467
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS SANTA LIBRADA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B02UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS SANTA LIBRADA I	186	0	19370	\$3602820	97.6%
I01UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS SANTA LIBRADA I	0	60	19370	\$1162200	31.5%
I01JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNJUELITO	0	24	19370	\$464880	12.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5229900	CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS					

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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
1	2022-11-01	2023-12-31	1	\$ 1122100	3333
2	2022-12-01	2022-12-31	2	\$ 4579400	3708
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 0	
2		MARZO		\$ 4018200	
3		ABRIL		\$ 4181100	
4		MAYO		\$ 4126800	
5		JUNIO		\$ 4126800	
6		JULIO		\$ 4233400	
7		AGOSTO		\$ 4344000	
8		SEPTIEMBRE		\$ 4344000	
9		OCTUBRE		\$ 4233400	
10		NOVIEMBRE		\$ 4126800	
11		DICIEMBRE		\$ 4887000	
12		ENERO		\$ 4887000	
13		FEBRERO		\$ 4183920	
14		MARZO		\$ 5113680	
15		ABRIL		\$ 5113680	
16		MAYO		\$ 5113680	
17		JUNIO		\$ 4881240	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 84245300		\$ 90626700		\$ 71918700	\$ 18708000
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 acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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.	-prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en el registro de enfermería	-historia clínica
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.	-se realizan procesos propios de enfermería acordes con la atención y plan de manejo del paciente otorgado por el médico	-consulta, registro y notificación de enfermería en historia clínica
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que define el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	-informar oportunamente todos los cambios al médico tratante y brindar información al familiar del proceso del paciente	-consulta, registro y notificación de enfermería en historia clínica
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.	-se diligencia clara, correcta y oportunamente en el registro de enfermería y demás documentos todo lo realizado con el paciente y revisar el debido diligenciamiento de las mismas por parte del auxiliar de enfermería	-consulta, registro y notificación de enfermería en historia clínica
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.	-se realizan procesos propios y de apoyo a equipos e insumos en la realización de procedimientos requeridos para el paciente y revisar el debido uso de los mismos por parte del auxiliar de enfermería	-consulta, registro y notificación de enfermería en historia clínica
6	6). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-se educa en la promoción y prevención a los usuarios de acuerdo con los estilos, hábitos y conductas de salud, mediante lineamientos institucionales	-consulta, registro y notificación de enfermería en historia clínica
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	-se da uso adecuado de los recursos, equipos, medicamentos e insumos brindados por la subred sur para la ejecución de la adecuada atención de los pacientes y se informara oportunamente las novedades que se presenten con los ya mencionados	-notificación de enfermería en historia clínica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-se realiza conteo, seguimiento, semaforización, de carro de paro correspondiente, se avisa a farmacia y se dejan formatos actualizados	-consulta en carpetas de carro de paro

9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	-se realiza verificación de actividades y seguimiento de protocolos institucionales, cumplimiento y retroalimentación	-capitaciones vía web
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-mantener un buen clima laboral que fortalezca el sentido humano que se aporta en cada proceso de enfermería, ayudando al mejoramiento del paciente	-registro en historia clínica

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				
2023	JUNIO	2023	07	13	1056187649	\$ 4881240		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1952496	\$ 312399	\$ 312400
Salud					FAMISANAR		\$ 244062	\$ 244100
ARL				3	SURA		\$ 47563	\$ 47600
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 566653	\$ 604100
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria		BANCO AV VILLAS		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número de Cuenta
								712723738

Anyelly Ibeht Hernandez
 ANYELLY IBEHT HERNANDEZ NIETO
 1023927691

Jennifer Espitia
 JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ
 PROFESIONAL GESTIÓN ADMINISTRATIVO EN SALUD

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	2023-07-13, 04:15:17 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	Junio de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	Junio de 2023
Empresa	ANYELLY IBEHT HERNANDEZ NIETO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1023927691
Código Sucursal (Nombre)	(-)
Referencia de Pago/ Número Planilla	1056187649
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	44620086
Banco	((1062)) - BANCO AV VILLAS
Valor	\$ 615.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

NH	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 312.400	\$ 0
N830003584	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 244.100	\$ 0
N890903700	14-11	ARL SURA	1	\$ 47.600	\$ 0
N800007335	CCF22	COLSUBSIDIO	1	\$ 11.800	\$ 0
SubTotales:				\$ 615.900	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 615.900

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Proveedor: Proveedor de estudios

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de recibos de autorización? Si No

Id de pago Número de factura Fecha de emisión

NE existen recibos que cumplen con las normas de documentos autorizados

Fecha de recepción

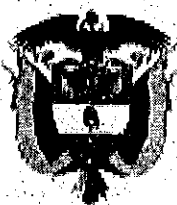
Valor total de la factura

Estado

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Moneda del archivo	Cargado por
☐ Cuenta de cobro febrero 2022	cuenta de cobro febrero 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro marzo 2022	20220320-3.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro abril 2022	cuenta abril 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro mayo 2022	cuenta mayo 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro junio 2022	cuenta junio 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro julio 2022	cuenta de cobro julio 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro agosto 2022	agosto cuenta abril.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro septiembre 2022	septiembre 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro octubre 2022	octubre 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro noviembre 2022	noviembre 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro diciembre 2022	diciembre 2022.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro enero 2023	enero 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro febrero 2023	febrero 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro marzo 2023	marzo 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro abril 2023	abril 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro mayo 2023	mayo 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro junio 2023	junio 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro julio 2023	julio 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro agosto 2023	agosto 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro septiembre 2023	septiembre 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro octubre 2023	octubre 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro noviembre 2023	noviembre 2023.pdf	Proveedor
☐ Cuenta de cobro diciembre 2023	diciembre 2023.pdf	Proveedor

Ver más Cargar más



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validez

sideap

Última Actualización: 23-jul-2023

Fecha Validación: 23-04-2022

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO HERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) METO	NOMBRES ANVELLY BEHT
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1023927691	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR		
PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO	D.M.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 8 MES REP AÑO 1963		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 8587V 046 SUR AP 1542
PAÍS Colombia		PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.		CREADO Bogotá D.C. TELEFONO 7557144
CIUDAD Bogotá D.C.		EMAIL anelly1608@gmail.com

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 8o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 8o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO bachiller académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	☒ 11°	MES DICIEMBRE	AÑO 2009

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)
ES (ESPECIALIZACIÓN) MA (MAESTRÍA O MASTER) DO (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	Nº SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	Nº DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2018	1023027691

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRUCTO ORDEN CRONOLÓGICO

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte vital avanzado cardiaco	Centro de capacitación angales de la salud	2021	40
Soporte vital básico	Centro de capacitación angales de la salud	2021	40
Administración de medicamentos	Centro de capacitación angales de la salud	2021	40
Atención a víctimas de violencia sexual	subred integrada de servicios de salud sur	2020	40



El futuro
es de todos

Ministerio
de Hacienda
y Crédito Público

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural
(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Banco Integral de Servicios de Salud
S.A. E.S.E.

sideap

Última Actualización: 18 jul 2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1A DE BIENES Y RENTAS

YO, ANYELLY IBEHT HERNANDEZ NIETO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1023927691 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 6757V 09 SUR AP 1542

Teléfonos 3122882005 7557144

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
olga maria nielo	28756383	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACIÓN	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 36.000.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 36.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco AV Villas	Cuenta de ahorros	712723738	de calle 100	\$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehículo	luq53e	\$ 5.000.000,00

d) Las acciones y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
Icelex	pregrado	\$ 15.000.000,00



BOGOTÁ



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ANYELLY IBEHT HERNANDEZ NIETO
Identificación:	1023927691
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	anyelly1508@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	19/07/23 0:00

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Lista de chequeo de autocontrol de verificación de hechos y entrega de turno

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo de autocontrol para la verificación de Proceso de Limpieza y desinfección

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el manejo de los Kits de Emergencia

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el diligenciamiento y aplicación del plan de cuidado de enfermería

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el correcto diligenciamiento de los Registros clínicos de enfermería

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el cuidado del Catéter urinario

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en prevención del riesgo de caídas

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en prevención de úlceras por presión y mantenimiento de la Piel sana

Para el personal de enfermería

Este documento es una herramienta de autocontrol de enfermería

Google Forms

Lista de chequeo de autocontrol para verificación de la correcta Preparación y administración de medicamentos

Documento de control de calidad

Documento de control de calidad de la preparación y administración de medicamentos

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el manejo del Carro de paro

Documento de control de calidad

Documento de control de calidad de la preparación y administración de medicamentos

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el diligenciamiento del consentimiento informado de enfermería

Documento de control de calidad

Documento de control de calidad de la preparación y administración de medicamentos

Google Forms

Lista de chequeo para el autocontrol en el cuidado de dispositivos intravasculares

Documento de control de calidad

Documento de control de calidad de la preparación y administración de medicamentos

Google Forms

