| 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:** | 2023-08-01 | **Hasta:** | 2023-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | LILIANA RAMIREZ ROBAYO | | **Número de Documento:** | 52125606 | |
| **Correo Electrónico:** | liramirezro@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3143987493 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1512-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 505 |
| **Perfil:** | ENFERMERO ESPECIALIZADO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 186 | 0 | 27330 | $5083380 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 5083380** | **CINCO MILLONES OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-05-01 | 2023-07-31 | 1 | $ 1466340 | 1563 |
| 2 | 2023-06-01 | 2023-07-31 | 2 | $ 2797140 | 1831 |
| 3 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 3 | $ 5083380 | 2132 |
| 4 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 4 | $ 6067260 | 2433 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | FEBRERO | $ 4591440 |
| 2 | MARZO | $ 5083380 |
| 3 | ABRIL | $ 4919400 |
| 4 | MAYO | $ 5083380 |
| 5 | JUNIO | $ 4919400 |
| 6 | JULIO | $ 5083380 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 20333520 | $ 35747640 | $ 29680380 | $ 6067260 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o) Especializado (a)) acorde con la Lex Artis, segun 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 | -Prestar servicios con estandares de calidad,oportunos y humanizados | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 2 | Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria | -Educar a los pacientes y cuidadores en estilos y habitosde vida saludables, en manejo de su patologia y tratamiento | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 3 | Registrar en la Historia Clinica toda la información del acto paramèdico (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), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion Social o Entes competentes que regulen la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique,sustituya) | -Diligenciar correctamente los registros clínicos | Historia Clinica - Sistema Dinamica |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad | -Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guias, protocolos y formatos institucionales | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 5 | Asegurar la correcta administracion de medicamentos de acuerdo a la prescripcion medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institucion | -Conocer y aplicar protocolo de administracion de medicamientos | -Historia Clinica |
| 6 | Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud | -Identificacion y canalizacion a los servicios de salud. | -Historia Clinica |
| 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 | -Articulacion y canalizacion intersectorial según necesidades de los usuarios | -Historia Clinica |
| 8 | Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | -Arqueo de Carro de paro según programacion y seguimiento diario | -Carpeta de carro de paro |
| 9 | Hacer seguimiento de control y evaluacion al personal auxiliar de enfermeria de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya | -Seguimiento y supervision al personal auxiliar de enfermeria de la unidad | -Formatos institucionales |
| 10 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Seguimiento a los planes de manejo para que se ejecuten | -Historia Clinica |

| 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** | | $ 5083380 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 7892973263 | | | |
| **2023** | **JULIO** | **2023** | **08** | **16** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **CINCO MILLONES OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2033352 | $ 325336 | $ 330600 |
| Salud | | | | | SÁNITAS | | $ 254169 | $ 258200 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 49532 | $ 50400 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | **Total** | **$ 590119** | $ 639200 |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 4870307578 |

**LILIANA RAMIREZ ROBAYO**
**52125606**

**ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52125606 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LILIANA RAMIREZ ROBAYO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 60 SUR 22 B 05 CASA LINDA - | TELÉFONO: | 8114428 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7892973263** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: julio | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | julio |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2023 | SALUD: | | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 14 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/08/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 105070686 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 330.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 330.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 258.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 258.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 50.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 50.400** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 629.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 10.000** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 639.200** |

Colombia

UTC-5 19:25:32
tiliana ramirez t...

Ir a

Buscar...

— Ver contrato

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estata >

## 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 | |
|---|---|---|---|---|
| | CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2023 CONTRATO N°1512.pdf | 1512-23.pdf | Proveedor | |
| | CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2023 CONTRATO N°1512.pdf | 1512-23...pdf | Proveedor | |
| | CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2023 CONTRATO #1512pdf | 1512-23 (1).pdf | Proveedor | |
| | CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2023 CONTRATO N°1512-2023.pdf | 1512-2023 (1).pdf | Proveedor | |
| | CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2023 CONTRATO N°1512.pdf | 1512.pdf | Proveedor | |
| | CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2023 CONTRATO N° 1512-2023.pdf | INFORME JULIO CTO 1512-2023.pdf | Proveedor | |

Bajar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estata >