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:**	2023-09-01	**Hasta:**	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	SILDANA ASTRID BRIÑEZ MONROY		**Número de Documento:**	52914910	
Correo Electrónico:	astriddiego13@gmail.com		**Número Telefónico:**	3107593051	
Nombre del Supervisor:	CRISTIAN FERNEY BELTRAN AREVALO	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2295-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
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
J17TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	34	10510	$2312200	118.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2312200**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS PESOS**					

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	$ 3552380	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2259650	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2259650	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2438320	2821

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 2102000
2	MARZO	$ 2354240
3	ABRIL	$ 2186080
4	MAYO	$ 2354240
5	JUNIO	$ 2270160
6	JULIO	$ 2312200
7	AGOSTO	$ 2312200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7819440	$ 18329440	$ 15891120	$ 2438320

	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 enfermeria) 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 MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD RENAL.	-PRACTICA CLINICA
2	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.	-EDUCACIÓN AL PACIENTE RENAL EN CUANTO AL CUIDADO DEL ACCESO VENOSO PARA SU TERAPIA RENAL.	-PRACTICA CLINICA
3	3). Registrar en la historia clinica la informacion de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Proteccion 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 medico del servicio, los cambios en el estado o evolucion del paciente.	-REGISTRAR SIGNOS VITALES EN DINAMICA Y FORMATO DE SEGUIMIENTO Y PARÁMETROS DE LA MAQUINA DE HEMODIALISIS DE PACIENTE.	-REGISTRO DINAMICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	-CONOCER LOS PROTOCOLOS Y GUIAS DEL MANEJO DE LA TERAPIA RENAL	-GUIAS Y PROTOCOLOS
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promocion de habitos saludables, autocuidado y cuidados especificos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones medicas, dejando registro escrito en la historia clinica y -o documentos destinados por la institucion.	-REALIZAR VINCULO CON EL PACIENTE Y SU FAMILIAR PARA UNA CORRECTA ADHERENCIA Y TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD RENAL	-REGISTRO HISTORIA CLINICA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SEGUN LA NECESIDAD DEL SERVICIO	-PRACTICA CLINICA

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 2312200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9455091863		
2023	AGOSTO	2023	09	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS DOCE MIL DOSCIENTOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	OLD MUTUAL FONDO DE PENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 187100
Salud		SALUD TOTAL		$ 145000	$ 146200
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 361900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24104981540

SILDANA ASTRID BRIÑEZ MONROY
52914910

CRISTIAN FERNEY BELTRAN AREVALO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52914910		SILDANA ASTRID BRIÑEZ MONROY	INDEPENDIENTE	Principal	calle 43s n 12 g 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6452014	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	25322791	9455091863	I	2023/09/05	2023/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	7	$361,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	52914910	BRIÑEZ SILDANA	230901	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

2023/09/12 01:17 PM

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52914910		SILDANA ASTRID BRIÑEZ MONROY	INDEPENDIENTE	Principal	calle 43s n 12 g 36	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6452014	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-08	2023-08	25322791	9455091863	I	2023/09/05	2023/09/12	BANCO DE OCCIDENTE	7	$361,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$185,600	$1,500	$0	$187,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$300	$0	$28,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$300	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$1,200	$0	$146,200
TOTAL				1	$358,900	$3,000	$0	$361,900

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2023/09/12 01:17 PM

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		
☐	cuenta febrero CTO 2295-2023 SILDANA BRIÑEZ.pdf	cuenta febrero CTO 2295-2023 SILDANA BRIÑEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	codigo blanco tunal 2023.pdf	codigo blanco tunal 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2295-2023 CUENTA MARZO	cuenta sildana.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2295-2023 CUENTA ABRIL	cuenta sildana abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2295-2023 CUENTA MAYO	CUNATA SILDANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2295-2023 CUENTA JUNIO	CUENTA SILDANA J.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2295-2023 CUENTA JULIO	cuenta sildana AGOSTO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2295-2023 CUENTA AGOSTO	CTO 2295 SILDANA BRIÑEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >