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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	ANGIE PAOLA CASTRO YARA		**Número de Documento:**	1030684684	
Correo Electrónico:	acastro0298@gmail.com		**Número Telefónico:**	3114841526	
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1733-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	ENFERMERO				
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	180	78	19370	$4997460	138.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4997460**	**CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS SESENTAPESOS**					

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	$ 6508320	1563
2	2023-06-01	2023-07-31	2	$ 1627080	1831
3	2023-07-01	2023-08-31	3	$ 5229900	2132
4	2023-08-01	2023-09-30	4	$ 4765020	2433

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-09-01	2023-10-31	5	$ 5694780	2821
6	2023-10-01	2023-11-30	6	$ 5113680	3158

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 3719040
2	MARZO	$ 4300140
3	ABRIL	$ 4648800
4	MAYO	$ 4648800
5	JUNIO	$ 5229900
6	JULIO	$ 4765020
7	AGOSTO	$ 5229900
8	SEPTIEMBRE	$ 5578560

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14411280	$ 43350060	$ 38120160	$ 5229900

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)) 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.	-BRINDAR ATENCION DIRECTA A LOS PACIENTES ASIGNADOS. RECIBO Y ENTREGA DE TURNO , ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS Y PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERIA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES	-HISTORIA CLINICA
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.	-APOYAR AL PERSONAL MEDICO RESPECTO A LA INFORMACION DEL TRATAMIENTO INDICADO Y LAS RECOMENDACIONES GENERALES , DE ACUERDO A LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE	-HISTORIA CLINICA

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 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 después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (logica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique,sustituya).	-CAPACITACION EN EL SISTEMA , REGISTRO OPORTUNO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS , REVISION DE LA HITORIA CLINICA ELECTRONICA EN CADA JORNADA Y SUPERVISION DE NOTAS DE ENFERMERIA DEL PERSONAL A CARGO PARA VERFIFICAR VERACIDAD , SECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL	-HISTORIA CLINICA
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.	-ASISTIR A LA REVISTA DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, GENERAR PLANES DE CUIDADO QUE SE AJUSTEN A LAS PATOLOGIAS DE LOS PACIENTES Y HACER SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS	-HISTORIA CLINICA
5	Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.	-BRINDAR ATENCION DIRECTA A LOS PACIENTES ASIGNADOS DE ACUERDO A LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS, VERIFIRAR EXISTENCIA DE LOS MISMOS Y SEGÚN SU NECESIDAD	-HISTORIA CLINICA
6	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDAADOS SIBRE HABITOS DE VDA SALUDABLE , REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA	-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.	-FOMENTAR EL AUTOCUIDADO, HABITOS SALUDABLES, REFORZANDO RECOMENDACIONES MEDICAS, SEGÚN NECESIDAD DEL PACIENTE	-HISTORIA CLINICA
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-SUPERVISION PERMANENTE DEL CARRO DE PARO, REALIZANDO LOS INVENTARIOS Y REGISTROS CORRESPONDIENTES QUE PERMITAN EVIDENCIAR LA EXISTENCIA DE INSUMOS E INFORMAR FALTANTES	-HISTORIA CLINICA
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.	-CAPACITACION EN EL SISTEMA , REGISTRO OPORTUNO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS , REVISION DE LA HITORIA CLINICA ELECTRONICA EN CADA JORNADA Y SUPERVISION DE NOTAS DE ENFERMERIA DEL PERSONAL A CARGO PARA VERFIFICAR VERACIDAD , SECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL	-HISTORIA CLINICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-ASISTIR A CAPACITACIONES INTRA Y EXTRA MURALES QUE PERMITAN LA ACTUALIZACION CONSTASTE DE PROTOCOLOS CON EL PERSONAL	-HISTORIA CLINICA

© Siasur - 2023

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	$ 5578560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71655652		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2231424	$ 357028	$ 357100
Salud		SÁNITAS		$ 278928	$ 279000
ARL	3	SURA		$ 54357	$ 54400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 647604	$ 690500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0912087772

ANGIE PAOLA CASTRO YARA
1030684684

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030684684	ANGIE PAOLA CASTRO YARA		CRA 80G #59-51 sur	4026140	acastro0298@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	12/10/2023	71655652	$735.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	279.000	0		0		0	0	0	0	279.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	357.100	0	0	0	0	0	0		357.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	54.400				54.400	0	0	54.400			544	54.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	44.700	0	0	44.700	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	279.000	279.000
Pensión	1	357.100	357.100
Riesgos Laborales	1	54.400	54.400
CCF	1	44.700	44.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	735.200	735.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030684684	ANGIE PAOLA CASTRO YARA	CRA 80G #59-51 sur	4028140	acastro0298@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	1	12/10/2023	71655852	$735.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Residente	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SUS	INT	CAE	LMA	VAC	AVP	VCT	IGE	LMA	COMPENSACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1030684684	CASTRO YARA ANGIE PAOLA	59	0			N																		230301	2.231.424	357.100	0	0	0	0	EPS005	2.231.424	279.000	14-11	2.231.424	3	64.400	CCF22	2.231.424	44.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evalua

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO CONTRATO 1733-2023.pdf	FEBRERO CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO CONTRATO 1733-2023.pdf	MARZO CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL CONTRATO 1733-2023.pdf	ABRIL CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO CONTRATO 1733-2023.pdf	MAYO CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO CONTRATO 1733-2023.pdf	JUNIO CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO CONTRATO 1733-2023.pdf	JULIO CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO CONTRATO 1733-2023.pdf	AGOSTO CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE CONTRATO 1733-2023.pdf	SEPTIEMBRE CONTRATO 1733-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >