

 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:	LEIDY JOHANA MORALES CASTRO		Número de Documento:	1012344564	
Correo Electrónico:	lady-0827@hotmail.com		Número Telefónico:	3227359622	
Nombre del Supervisor:	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	Cargo:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVA EN SALUD GESTION	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2171-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	12	19370	\$3719040	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3719040	TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-05		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	\$ 4796520	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 2874000	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 4067700	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 3486600	2821

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	\$ 3486600	3158
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 3254160	
2		MARZO		\$ 3719040	
3		ABRIL		\$ 3486600	
4		MAYO		\$ 3486600	
5		JUNIO		\$ 3486600	
6		JULIO		\$ 4067700	
7		AGOSTO		\$ 3486600	
8		SEPTIEMBRE		\$ 3486600	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 14411280		\$ 33122700		\$ 28473900	\$ 4648800
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.	-Cumplir con el objeto del contrato a corde a las necesidades de los usuarios		-Historia clínica y plan de cuidados	
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.	-Establecer charlas encaminadas al cuidado de la salud individual y familiar buscando un cambio positivo durante la estancia del paciente en la institución		-Historia clínica y registro en planillas	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 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).	-Registrar todas y cada una de las actividades realizadas en pro del cuidado del paciente de forma oportuna coherente y sin enmendaduras	-Sistema dinámica e 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.	-Participar de forma activa en la elaboración de nuevas guías y protocolos requeridos en la institución Formatos guías y protocolos	-Formatos guías protocolos y procedimientos
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	-Aplicar los conocimientos requeridos para la administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos y las normas de bioseguridad	-Historia clínica y tarjeta de medicamentos
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Estar actualizada en las diferentes rutas que existen en la institución para así poder orientar a los usuarios	-Historia clínica y canales informativos
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	-Participar en la revista médica del servicio donde esté ubicada	-Revista médica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-Revisar que esté cerrado en cada recibo de turno y realizar la revisión correspondiente según fechas establecidas	-Carpeta y formatos del 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.	-Verificar los registros de enfermería y hacer retroalimentación de los mismos	- Auditoría de las notas de enfermería
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las que establezca la institución	-Las que establezca la institución

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	\$ 3486600	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71141349			
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1394640	\$ 223142	\$ 223200
Salud					FAMISANAR		\$ 174330	\$ 174400
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR		\$ 33973	\$ 34000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 404752	\$ 431600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	de 0550007500895565
------------------	-----------------------	----------------	---------	---------------------	------------------------

Leidy Morales

LEIDY JOHANA MORALES CASTRO
1012344564

Elsa Milena Arismendy Patarroyo
CC 52506219
Enfermera Jefe
Area Andina

ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2023

TIPO

CC

NÚMERO

1012344564

NOMBRE APORTANTE

LEIDY JOHANNA MORALES CASTRO

DIRECCIÓN

KRA 42 A 58 C 90 SUR

TELÉFONO

4574401

CORREO

lady-0827@hotmail.com

FORMA PRESENTACIÓN

ÚNICA

CLASE APORTANTE

1 - Independiente

NOMBRE SUCURSAL

CÓDIGO

DEPARTAMENTO

BOGOTÁ D.C.

CIUDAD / MUNICIPIO

BOGOTÁ, D.C.

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD

SI

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA

FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)

TIPO PLANILLA

FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)

NÚMERO PLANILLA

CANTIDAD

PERIODO SALUD

2023-09

2023-09

1

71141349

1

TOTAL A PAGAR

\$431.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS017	Farrissar EPS	830003564-7	174.400	0		0	0	0	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Substitución	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Co pensiones	900336004-7	223.200	0	0	0	0	0	0	0	223.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor Neto Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	34.000			34.000	0	34.000			340	34.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	174.400	174.400
Pensión	1	223.200	223.200
Riesgos Laborales	1	34.000	34.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	431.600	431.600

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

Powered by

CS CamScanner

Powered by CS CamScanner

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1012344564	LEIDY JOHANNA MORALES CASTRO	KRA 42 A 58 C 90 SUR	4574401	lady-0827@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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 (DÍAS/ES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/ES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2023-09					71141349	
2023-09					\$431.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Código pas	Subtipo	Estado pas	Fecha de nacimiento	Sexo	Religión	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos	Grupos		
1	CC	1012344564	MORALES CASTRO LEIDY JOHANNA		58	0																																			

PAGA DADA

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



→ Menú → Administración de contratos → Ver contrato

Información general

Adiciones

Productos y servicios

Documentos del Proveedor

Documentos del contrato

Información presupuestal

Ejecución del Contrato

Modificaciones del Contrato

Cumplimientos

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? ☐ 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 Enero (1).pdf	Cuenta de cobro mes de Enero (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de febrero..pdf	Cuenta de cobro mes de febrero..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro Marzo.pdf	Cuenta cobro Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Cobro Abril.pdf	Cuenta Cobro Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de Mayo.pdf	Cuenta de cobro mes de Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio contrato 2171-2023 Leidy Morales pdf	Cuenta Junio contrato 2171-2023 Leidy Morales pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrató 2171-2023 mes Julio.pdf	Contrató 2171-2023 mes Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrato 2171-2023 mes de Agosto.pdf	Contrato 2171-2023 mes de Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrato 2171-2023 mes de septiembre.pdf	Contrato 2171-2023 mes de septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

"UNA PERSPECTIVA PARA CRECER" - Talento Humano

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar](#)
[abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de](#)
[Privacidad](#)

Google Formularios