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 MILENA GUERRERO CUBIDES		**Número de Documento:**	1023864626	
Correo Electrónico:	danitza.dg45@gmail.com		**Número Telefónico:**	3022450726	
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2202-2023	**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
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	18	10510	$2080980	106.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2080980**	**DOS MILLONES OCHENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-02		**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	$ 1818230	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 1954860	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2606480	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2501380	2821

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 1954860	3158

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1755170
2	MARZO	$ 1954860
3	ABRIL	$ 1891800
4	MAYO	$ 1954860
5	JUNIO	$ 1891800
6	JULIO	$ 2017920
7	AGOSTO	$ 2396280
8	SEPTIEMBRE	$ 2270160

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7819440	$ 18655250	$ 16132850	$ 2522400

	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 demàs normas concordantes.	-RECIBO Y ENTREGA DE TURNO REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA. REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS.	-REGISTRO DINÁMICA
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.	-PARTICIPAR EN LA REVISTA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	-REGISTRO DINÁMICA
3	3). Registrar en la historia clinica la informacion de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn 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.	-ASISTENCIA EN EL AUTOCUIDADO, ALIMENTACION, ELIMINACIÓN Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO DE ACUERDO A LA CONDICIÓN CLINICA DEL PACIENTE	-REGISTRO DINÁMICA

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, guìas, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-REALIZAR PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU PATOLOGÍA Y REGISTRO EN TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CLÍNICA	-REGISTRO DINÁMICA
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 LOS PEDIDOS DE INSUMOS NECESARIOS A CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS PARA REALIZAR EL DESCARGO DE LOS MISMOS	-REGISTRO DINÁMICA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PARTICIPAR EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS Y VIDA SALUDABLE, REFORZANDO EN LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA.	-REGISTRO DINÁMICA

© 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	$ 2270160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	71102561		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	17			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTOSESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		CAPITAL SALUD		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0175606292

Leidy Guerrero

LEIDY MILENA GUERRERO CUBIDES
1023864626

Alexandra Rodriguez

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

© Siasur - 2023

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

< 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

identificación de pago	numero 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-2023.6894.pdf	Febrero-2023.6894.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo-2023.6894.pdf	Marzo-2023.6894.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2202.23.pdf (Archivado)	2202.23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ABRIL.8.pdf (Archivado)	ABRIL.8.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Abril-2023.6894.pdf (Archivado)	Abril-2023.6894.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Abril-2023.6894-2023.pdf (Archivado)	Abril-2023.6894-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Abril-2023.2202-2023.pdf (Archivado)	Abril-2023.2202-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril-2023.2202-2023.pdf	Abril-2023.2202-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2023.2202-2023.pdf	MAYO-2023.2202-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2023.2202-2023.pdf	JUNIO-2023.2202-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2023.2202-2023.pdf	JULIO-2023.2202-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Agosto -2022.2202-2023.pdf	2202.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME SEPT 2202.23.pdf (Archivado)	INFORME SEPT 2202.23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2023.2202-2023.pdf	SEPTIEMBRE-2023.2202-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LEIDY MILENA GUERRERO CUBIDES**, identificada con **CC** número **1023864626**, aportó por el empleado **LEIDY MILENA GUERRERO CUBIDES** identificado(a) con **CC** número **1023864626** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,160,000	0.02436	$28,300	$0	$0	Septiembre - 2023	71102561	17/10/2023	NO
Z30301	Porvenir	59															0		30	$1,160,000	0.16000	$185,600	$0	$0	Septiembre - 2023	71102561	17/10/2023	NO
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	59															0		30	$1,160,000	0.12500	$145,000	$0	$0	Septiembre - 2023	71102561	17/10/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 23 días del mes Octubre de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de información