DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-10-01	Hasta:	2023-10-31
Nombre del Contratista:	NAYIBER CARDENAS TUNJANO		Número de Documento:	1010083847
Correo Electrónico:	nayibercardenas25@gmail.com		Número telefónico:	3194350407
Nombre del supervisor:	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	Cargo:	No. Ctto:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2247-2023	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	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
105ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	24	19270	3951480	109.7%
J16ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	18	19270	346860	9.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	4300140	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL CIENTOCUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-07		Fecha de Terminación Inicial del Contrato	2023-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-05-01	2023-07-31	1	8423600	1563
2	2023-07-01	2023-09-31	2	3919980	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	4765020	2453
4	2023-09-01	2023-10-31	4	3719040	2821
5	2023-10-01	2023-11-30	5	3951480	3158

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	3835260
2	MARZO	3951480
3	ABRIL	4300140
4	MAYO	4300140
5	JUNIO	3719040
6	JULIO	4416360
7	AGOSTO	4067700
8	SEPTIEMBRE	3602820
9	OCTUBRE	4300140

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
14411280	37199400	36495080	697320

	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 (Enfermero(a)) 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 OBJETIVO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACODE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED/SUR	-HISTORIA CLINICA - PLAN DE CUIDADOS
2	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.	-DAR INDICACIONES A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EGRESO	-HISTORIA CLÍNICA
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 EN HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FISICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRATIVO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	-HISTORIA CLÍNICA - AUDITORIOS
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 EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMÁS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISOS FORMATIVO	-GUIAS-PROTOCOLOS PROCEDIMIENTOS
5	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.	-APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	-HISTORIA CLÍNICA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-ACTUALIZAR EN LAS RUTAS PARA ORDENAR A LOS USUARIOS	-ACTUALIZAR EN LAS RUTAS PARA ORDENAR A LOS USUARIOS
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 LAS REVISTAS MEDICAS Y VALORACIÓN A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	-REVISTA MÉDICA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-REALIZAR LA REVISION DEL CARRO DE PARO SEGUN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS PRIMEROS 3 DIAS DE CADA MES	-CARPETA - FORMATOS CARRO DE PARO INSTITUCIONAL
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 ENFERMERIA Y HACER RETROALIMENTACION DE LOS MISMOS	-EVLUACION ESTABLECIDA AUDITORIA EN HISTORIA CLINICA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-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:		3602820
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	945748467			
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SEISCIENTOS DOS MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS		230500	230000
Salud		SALUD TOTAL	1441128	180141	180000
ARL	3	SURA		35306	35200
Caja de Compensación	NO	Total		445827	446000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24117299014



aportes 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 1010083847		CARDENAS TUNJANO NAYIBER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 27 #7B - 33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4854555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	58430666	9457485467	I	2023/10/11	2023/10/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$446,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,441,160	$230,600			$1,441,160	$180,200			$0	$0			$1,441,160	$35,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,441,160	$230,600			$1,441,160	$180,200			$0	$0			$1,441,160	$35,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,441,160	$230,600			$1,441,160	$180,200			$0	$0			$1,441,160	$35,200		$0	$0
1	CC	1010083847	CARDENAS NAYIBER	231001	30	$1,441,160	$230,600	091002	30	$1,441,160	$180,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,441,160	$35,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,441,160	$230,600			$1,441,160	$180,200			$0	$0			$1,441,160	$35,200		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

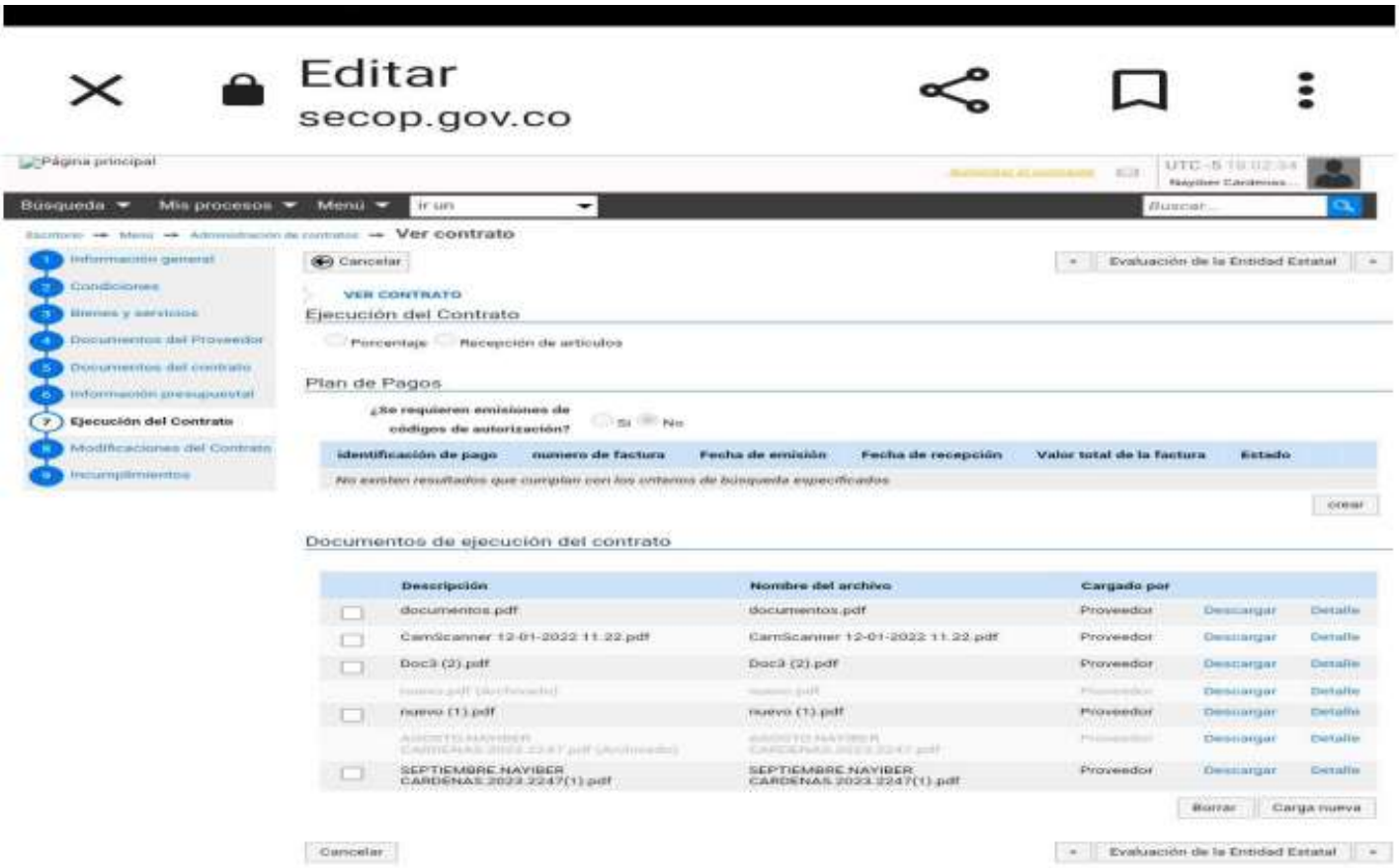
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010083847		CARDENAS TUNJANO NAYIBER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 27 #7B - 33 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4854555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	58430666	9457485467	I	2023/10/11	2023/10/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$446,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$230,600	$0	$0	$230,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$230,600	$0	$0	$230,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,200	$0	$0	$35,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,200	$0	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,200	$0	$0	$180,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$180,200	$0	$0	$180,200
TOTAL				1	$446,000	$0	$0	$446,000


Editar
secop.gov.co
Página principal
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir un
Buscar...
Ver contrato
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
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
crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
documentos.pdf
documentos.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CamScanner 12-01-2022 11.22.pdf
CamScanner 12-01-2022 11.22.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Doc3 (2).pdf
Doc3 (2).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
nuevo (1).pdf
nuevo (1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
SEPTIEMBRE NAYIBER CARDENAS 2023 2247(1).pdf
SEPTIEMBRE NAYIBER CARDENAS 2023 2247(1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Carga nueva
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal