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:**	2023-12-01	**Hasta:**	2023-12-31	
Nombre del Contratista:	YOLANDA CRUZ HUERTAS		**Número de Documento:**	52503637	
Correo Electrónico:	yolanch5@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3102450323	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4034-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	929
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
P07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	30	10510	$2270160	116.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2270160**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTOSESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-03-10		**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	$ 1198140	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 1828740	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2207100	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 1891800	2821

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 2522400	3158
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 2144040	3615
7	2023-12-01	2023-12-31	7	$ 2207100	3936

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	MARZO	$ 1450380
2	ABRIL	$ 2270160
3	MAYO	$ 2333220
4	JUNIO	$ 2080980
5	JULIO	$ 2080980
6	AGOSTO	$ 2017920
7	SEPTIEMBRE	$ 2080980
8	OCTUBRE	$ 2270160
9	NOVIEMBRE	$ 2333220

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7188840	$ 21188160	$ 18918000	$ 2270160

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermeria) acorde con la Lex Artis, segùn 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.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL DE ESTERILIZACIÓN Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.
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 EN ACTIVIDADES DE ESTERILIZACIÓN EN CASO DE CONTINGENCIAS A NIVEL SUBRED SUR.	-"LISTA DE ACTIVIDAES MENSUAL. INFORME DE GESTIÓN MENSUAL."

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 la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, 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 médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-REGISTRO COMPLETO DEL PROCESO DE ESTERILIZACIÓN DESDE LA RECEPCIÓN DEL DISPOSITIVO, HASTA SU ENTREGA Y DEBIDO PROCESO.	-"LIBRO DE NOVEDADES POR AREA. FORMATO DE VALIDACIÓN DE AUTOCLAVES. REGISTRO DE TRAZABILIDAD DE CARGAS ESTERILIZADAS. REGISTRO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE MATERIAL ESTERIL."
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.	-ELABORACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS TALES COMO: MANUAL CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	-REGISTRO MANUAL CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-EJECUCIÓN DE PROCESOS ASISTENCIALES ESTABLECIDOS EN LA EDUCACIÓN PARAMETRIZADOS EN EL MANUAL DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.	-MANUAL DE ESTERILIZACIÓN Y CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-"VIGILANCIA EN EL MANEJO DE DISPOSITIVOS UTILIZADOS EN PACIENTES COVID. APOYO EN ACTIVIDADES DE RUTA PARA EL TRASLADO DE DISPOSITIVOS NECESARIOS A NIVEL SUBRED SUR. VIGILANCIA EN CAD UNA DE LAS SEDES DONDE SE REALIZA PROCESOS NECESASRIOS POR ESTERILIZAR."	.-"LIBRO DE RECEPCIÓN Y ENTREGA DE DISPOSITIVOS. LISTAS DE CHEQUEO CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN."

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	$ 2333220
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8372745529		
2023	NOVIEMBRE	2023	12	18			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1160000	$ 185600	$ 186700
Salud		FAMISANAR		$ 145000	$ 145900
ARL	3	POSITIVA		$ 28258	$ 28500
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 361100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	057000487040397

Yolanda Cruz

YOLANDA CRUZ HUERTAS
52503637

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.023.861.770

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	YOLANDA CRUZ HUERTAS	**NIT:**	52503637
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2023
Número de Radicación:	8372745529	**Total a pagar:**	$361,100
Fecha de vencimiento:	12/12/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	18/12/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número Autorización:**	23070056
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$28,500
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$186,700
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0	$145,900
						$361,100

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 8372745529, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

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		
☐	MARZO 4034-2023.pdf	MARZO 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 4034-2023.pdf	ABRIL 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 4034-2023.pdf	MAYO 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 4034-2023.pdf	JUNIO 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 4034-2023.pdf	JULIO 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 4034-2023.pdf	AGOSTO 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 4034-2023.pdf	SEPTIEMBRE 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE 4034-2023.pdf	OCTUBRE 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE 4034-2023.pdf	NOVIEMBRE 4034-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >