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:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	KAROL JACKELINE CABEZAS MORA		**Número de Documento:**	1013610223	
Correo Electrónico:	KAROLCABEZAS1@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3014055008	
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1509-2023	**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
I20CHTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	42	19370	$4416360	122.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4416360**	**CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS 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	$ 8464690	1563
2	2023-06-01	2023-07-31	2	$ 929760	1831
3	2023-07-01	2023-08-31	3	$ 4765020	2132

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-08-01	2023-09-30	4	$ 5229900	2433
5	2023-09-01	2023-10-31	5	$ 4416360	2821
6	2023-10-01	2023-11-30	6	$ 4028960	3158
7	2023-11-01	2024-01-31	7	$ 5133050	3615
8	2023-12-01	2023-12-31	8	$ 4222660	3936
9	2024-01-01	2024-01-31	9	$ 4648800	144

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 5094310
2	MARZO	$ 5229900
3	ABRIL	$ 4067700
4	MAYO	$ 4881240
5	JUNIO	$ 4532580
6	JULIO	$ 4648800
7	AGOSTO	$ 4532580
8	SEPTIEMBRE	$ 4416360
9	OCTUBRE	$ 4745650
10	NOVIEMBRE	$ 4416360
11	DICIEMBRE	$ 4648800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14411280	$ 56250480	$ 51214280	$ 5036200

	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, 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 demás normas concordantes	-RECIBO Y ENTREGA DE TURNO REVISION DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. REGISTRO DE ACTIVIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	REGISTRO EN HISTORIA CLÍNICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-PARTICIPA EN LA REVISTA DE LOS PACIENTES ASIGNADOS	-ENTREGA Y RECIBO DE TURNO E HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la Historia Clìnica toda la informaciòn del acto paramèdico (procedimiento y cuidado de enfermeria, 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 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)	-ASISTENCIA EN AUTOCUIDADO, ALIMENTACION, ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO DE ACUERDO ALA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE	-HISTORIA CLINICA
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	-REALIZA PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU PATOLOGIA Y REGISTRARLO EN EL TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CLINICA	-HISTORIA CLINICA
5	Asegurar la correcta administracion de medicamentos de acuerdo a la prescripcion medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institucion	-REALIZA LOS PEDIDOSDE INSUMOS NECESARIO A CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS Y REALIZAR EL DESCARGO DE LOS MISMOS	-MESA DE AYUDA SUBRED SUR, SISTEMA DINAMICA
6	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud	-APOYA AL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERÍA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS	-HISTORIA CLÍNICA
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	-PARTICIPA EN LA EDUCACIÓN DE PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA.	-SISTEMA DINAMICA
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-ASISTENCIA EN AUTOCUIDADO, ALIMENTACION, ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO DE ACUERDO ALA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE	-HISTORIA CLÍNICA
9	Hacer seguimiento de control y evaluacion al personal auxiliar de enfermeria de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya	-PARTICIPA EN LA EDUCACION DE PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS DE VIDA SALUDABLE REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA.	-SISTEMA DINAMICA

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.	-REALIZA PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA CADA UNO DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU PATOLOGIA Y REGISTRARLO EN EL TIEMPO REAL EN LA HISTORIA CLINICA	-HISTORA CLINICA

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	$ 4648800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73717845		
2023	DICIEMBRE	2024	01	04			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1859520	$ 297523	$ 297600
Salud		FAMISANAR		$ 232440	$ 232500
ARL	3	SURA		$ 45298	$ 45400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 539670	$ 575500

INFORMACIÓN DE PAGO

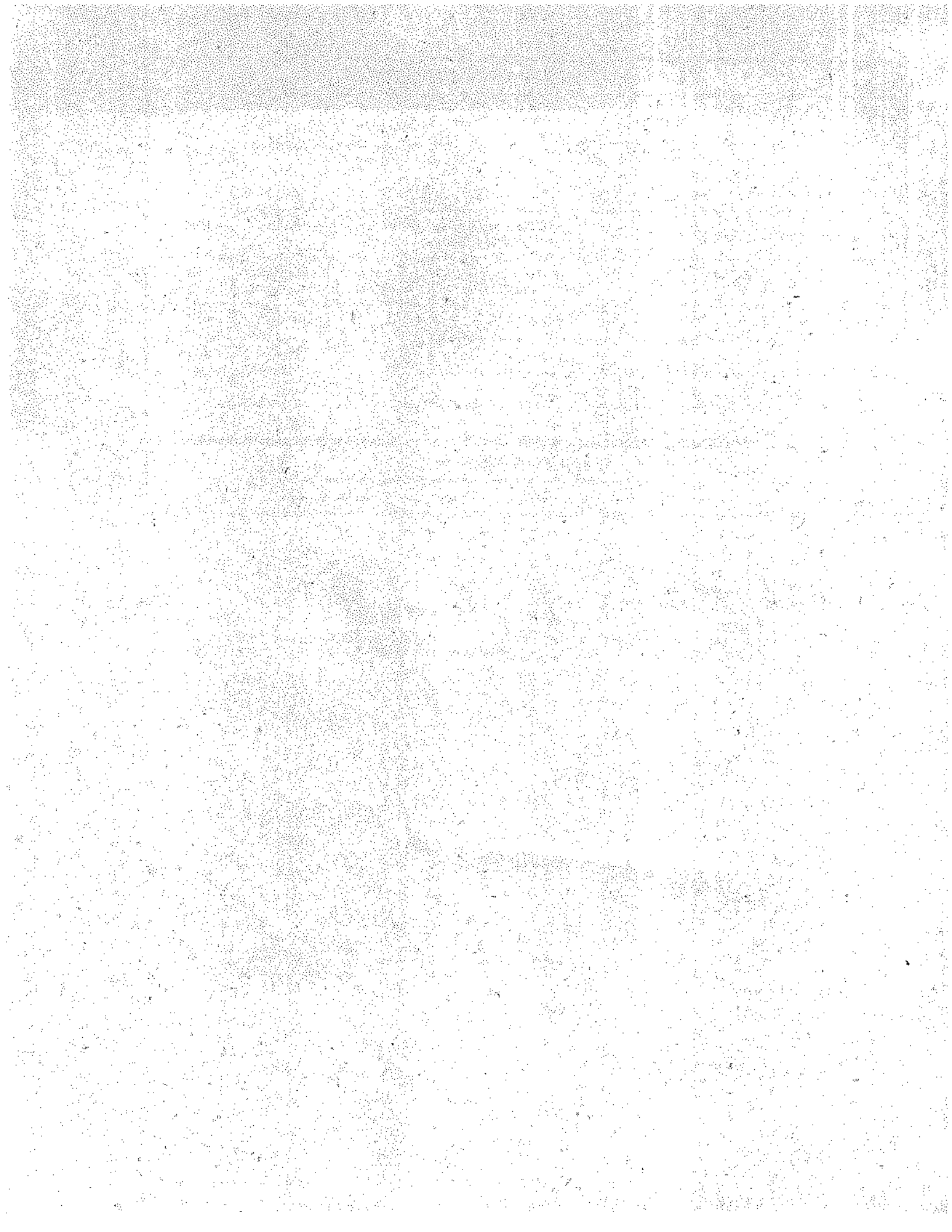
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	9070269627

Karol Cabezas

KAROL JACKELINE CABEZAS MORA
1013610223

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

© Siasur - 2024



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	1013610223	KAROL JACKELINE CABEZAS MORA	Cra.31D No.. 1D-42	3014055008	Karolcabezas1@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	04/01/2024	73717845	$612.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	232.500	0		0		0	0	0	0	232.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	297.600	0	0	0	0	0	0		297.600	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	45.400				45.400	0	0	45.400			454	45.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	37.200	0	0	37.200	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	232.500	232.500
Pensión	1	297.600	297.600
Riesgos Laborales	1	45.400	45.400
CCF	1	37.200	37.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	612.700	612.700

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	1013810223	KAROL JACKELINE CABEZAS MORA		Cra 31D No. 1D-42	3014055008	Karolcabezas1@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	04/01/2024	73717845	$812.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Género	Horas	Extranjero	Cotiza Exterior	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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	1013810223	CABEZAS MORA KAROL JACKELINE	59	0		N																	230201	1.860.000	297.600	0	0	0	0	EPS017	1.860.000	232.500	14-11	1.860.000	3	45.400	CCF24	1.860.000	37.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Cancelar

< Eva

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		
☐	1509 febrero 2023.pdf	1509 febrero 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 marzo 2023.pdf	1509 marzo 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509-ABRIL-2023.pdf	1509-ABRIL-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 mayo 2023.pdf	1509 mayo 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 junio 2023.pdf	1509 junio 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 julio 2023.pdf	1509 julio 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 agosto 2023.pdf	1509 agosto 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 septiembre 2023.pdf	1509 septiembre 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 octubre 2023.pdf	1509 octubre 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 noviembre 2023.pdf	1509 noviembre 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1509 diciembre 2023.pdf	1509 diciembre 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-15

N° Radicado: 255896

Aceptar

P.P.T

Pregunta requerida

NÚMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida