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:	LEIDY JOHANA ROMERO NOPIA		**Número de Documento:**	1024504893	
Correo Electrónico:	Johanna0614@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3219179915	
Nombre del Supervisor:	LENI RODRIGUEZ MORALES	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1207-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
N11TS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	TRASLADO SECUNDARIO	180	0	10510	$1891800	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1891800**	**UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS**					

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	$ 1765680	1557
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 1765680	2107
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 1891800	2430
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 1891800	2818

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 2017920	3155
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 1765680	3612
7	2023-12-01	2024-01-31	7	$ 2017920	4057
8	2024-01-01	2024-01-31	8	$ 2017920	143

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1765680
2	MARZO	$ 1891800
3	ABRIL	$ 1891800
4	MAYO	$ 1891800
5	JUNIO	$ 1891800
6	JULIO	$ 1891800
7	AGOSTO	$ 2017920
8	SEPTIEMBRE	$ 1891800
9	OCTUBRE	$ 1891800
10	NOVIEMBRE	$ 1891800
11	DICIEMBRE	$ 2017920

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7819440	$ 22953840	$ 20935920	$ 2017920

	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.	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería de traslados secundarios en las áreas asistenciales a los usuarios de la subred sur, con pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	Historia clínica
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.	Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación.	Historia clínica

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	$ 2017920
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73626871		
2023	DICIEMBRE	2024	01	10			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 145000
ARL	4	SURA		$ 0	$ 0
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 330600	$ 330600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	477370016776

Leidy Romero

LEIDY JOHANA ROMERO NOPIA
1024504893

LENI RODRIGUEZ MORALES
ENFERMERO

© Siasur - 2024

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 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.	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería cumpliendo las órdenes impartidas por el equipo médico y por el supervisor del contrato.	Historia clínica
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.	Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería cumpliendo órdenes, brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto a generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.	Historia clínica, bitácora de traslados
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.	Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto a la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludables.	Historia clínica, bitácora de traslados
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación.	Historia clínica, bitácora de traslados

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	1024504893	LEIDY JOHANNA ROMERO NOPIA	TRANSVERSAL 36 58 C 18 SUR	7178607	johanna0614@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-12	2023-12	I	10/01/2024	73626871	TOTAL A PAGAR	
					$337.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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)	800228739-0	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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										

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	7.000	0	0	7.000	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	7.000	7.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	337.600	337.600

PAGADA

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

Colombia

Búsqueda | Mis procesos | Menú | ir un | UTC -5 21:16:16 | LEIDY JOHANNA ROM...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Buscar...

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? 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

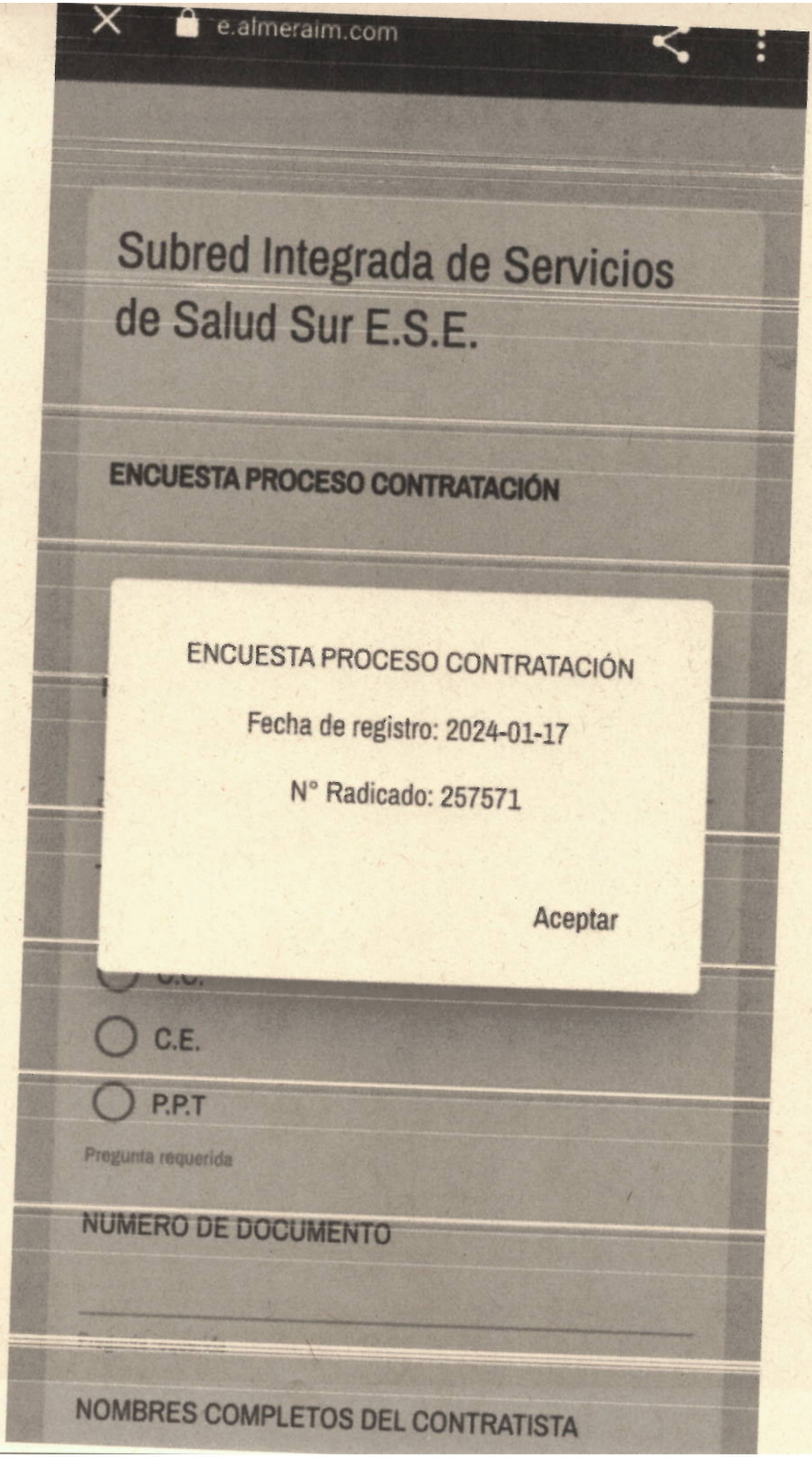
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	1207-2023-LEIDY ROMERO-FEBRERO.pdf	1207-2023-LEIDY ROMERO-FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1207-2023 LEIDY ROMERO-MARZO.pdf	CTO 1207-2023 LEIDY ROMERO-MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023 -ABRIL- LEIDY JOHANA ROMERO.pdf	1207-2023 -ABRIL- LEIDY JOHANA ROMERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023-LEIDY ROMERO-MAYO.pdf	1207-2023-LEIDY ROMERO-MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023 LEIDY JHOHANA ROMERO-JUNIO.pdf	1207-2023 LEIDY JHOHANA ROMERO-JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023-LEIDY ROMERO-JULIO 2023.pdf	1207-2023-LEIDY ROMERO-JULIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023-LEIDY JOHANNA ROMERO-AGOSTO 2023.pdf	1207-2023-LEIDY JOHANNA ROMERO-AGOSTO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023-LEIDY JOHANA ROMERO-SEPTIEMBRE.pdf	1207-2023-LEIDY JOHANA ROMERO-SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1012-2023-LEIDY JHOANA ROMERO-Octubre .pdf	1012-2023-LEIDY JHOANA ROMERO-Octubre .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023LEIDY JOHANA ROMERO-NOVIEMBRE 2023.pdf	1207-2023LEIDY JOHANA ROMERO-NOVIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1207-2023-LEIDY ROMERO-DICIEMBRE 2023.pdf	1207-2023-LEIDY ROMERO-DICIEMBRE 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


e.almeraim.com
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN
Fecha de registro: 2024-01-17
N° Radicado: 257571
Aceptar
C.E.
P.P.T
Pregunta requerida
NÚMERO DE DOCUMENTO
NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Página