INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	1160000	185600	185600
Salud		COMPENSAR		145000	145000
ARL	3	SURA		28258	28300
Caja de Compensación	NO		Total	358858	358900
Documento Asociado		1706234526-documentos yuly.pdf			
INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488435625550

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2020
Sistemas de la Información TICS

Yuli Marcela Robles Melo
1022975070

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	1828740
2	MARZO	2207100
3	ABRIL	1954860
4	MAYO	2270160
5	JUNIO	2270160
6	JULIO	2396280
7	AGOSTO	2207100
8	SEPTIEMBRE	2459340
9	OCTÚBRE	2270160
10	NOVIEMBRE	1954860
11	DICIEMBRE	1891800
12	ENERO	2396280

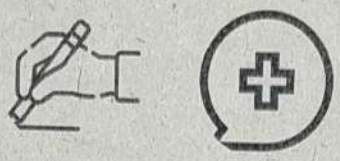
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
7819440	**26106840**	**26106840**	**0**

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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 de salud como auxiliar de enfermería según la necesidad de la unidad	-dinamica gerencial
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 actividades de educación para la prevención de autocuidado	-dinamica gerencial
3	3). Registrar en la historia clinica la informacion de la intervención 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.	-Registro pertinente en la historia clínica de los cuidados realizados a los pacientes con integridad, realización lógica, clara y completa	-dinamica gerencial
4	4). Apoyar la elaboración, 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.	-Apoyo en la elaboración de formatos y guías incluyendo consentimiento informado	-dinamica gerencial
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.	-Fortalecer conocimientos al paciente y familiares para promoción de hábitos saludable	-dinamica gerencial
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar todas las actividades de acuerdo con el perfil profesional	-dinamica gerencial

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Factura Electrónica**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**	1891800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9461203844			
2023	DICIEMBRE	2024	01	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**UN MILLON DE OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS**						

VER INFORME DE ACTIVIDAD

Inicio / Contratacion / Informe Actividades / Ver Informe de Actividad



Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	YULI MARCELA ROBLES MELO		**Número de Documento:**	1022975070	
Correo Electrónico:	yuli.robles2404@gmail.com		**Número telefónico:**	3123282596	
Nombre del supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	**Cargo:**	**No. Cto:**		

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2221-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS SANTA LIBRADA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS SANTA LIBRADA I	180	12	10510	2017920	103.2%
B02UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS SANTA LIBRADA I	0	36	10510	378360	19.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	2396280	**DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	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	2438320	1563
2	2023-06-01	2023-07-31	2	273260	1831
3	2023-07-01	2023-08-31	3	2396280	2132
4	2023-08-01	2023-09-30	4	2207100	2433
5	2023-09-01	2023-10-31	5	2522400	2821
6	2023-10-01	2023-11-30	6	2396280	3158
7	2023-11-01	2024-01-31	7	2333220	3615
8	2023-12-01	2023-12-31	8	2270160	3936
9	2024-01-01	2024-01-31	9	1450380	144

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-11

N° Radicado: 253021

Aceptar

Encuesta de diagnóstico de movilidad de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

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 1022975070		ROBLES MELO YULI MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA7BIS E 108 41SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	24253433	9461203844	I	2024/01/18	2024/01/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	1022975070	ROBLES YULI	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0

2024/01/09 01:10 PM

Powered by CamScanner

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 1022975070		ROBLES MELO YULI MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA7BIS E 108 41SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	24253433	9461203844	I	2024/01/18	2024/01/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$382,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$382,100	$0	$0	$382,100

2024/01/09 01:10 PM

Powered by CamScanner