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:**	2024-02-01	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	LILIANA ANACONA IMBACHI		**Número de Documento:**	1065096357	
Correo Electrónico:	Liliana_anacona@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3226605393	
Nombre del Supervisor:	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1803-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I06ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	174	0	10510	$1828740	93.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1828740**	**UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5864580	**$ 5864580**	**$ 0**	**$ 5864580**

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 Enfermería 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR ACORDE A LAS NECESIDADES DEL LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR	-AUDITORIAS
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.	-BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE BIOSEGURIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	-HISTORIA CLINICA
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás 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.	-REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USUARIOS DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA Y DEMAS REGISTROS	-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-PARTICIPAR EN LA CAPACITACIONES DE PROTOCOLOS GUIAS Y ADEMAS Y PONERLOS EN PRACTICA	-FORMATOS-GUIAS-PROTOCOLOS -PROCEDIMEINTOS
5	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.	-CONTRIBUIR ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE ATENCION SEGURA PARA ASEGUR LA RECUPERACION DE LOS USUARIOS DURANTE LA HOSPITALIZACION	-HISTORIA CLINCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-LAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION	-LAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCION

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	$ 2270160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8374370852	-		
2024	ENERO	2024	02	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTOSESENTAPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1256666.6666667	$ 201067	**$ 208400**
Salud		FAMISANAR		$ 157083	**$ 162800**
ARL	3	SURA		$ 30612	**$ 31800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 364710**	**$ 403000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870450550

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LILIANA ANACONA IMBACHI	2024-02-24 22:34:14
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-26 09:38:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-02-27 18:26:12

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

LILIANA ANACONA IMBACHI
1065096357

ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LILIANA ANACONA IMBACHI
No. Identificación: CC1065096357
Dirección: CALLE 69B N 17M-16 SUR
Telefono: 7924401
Correo: liliana123202@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8374370852

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LILIANA ANACONA IMBACHI	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1065096357	**Periodo de Cotización Salud**	enero de 2024
Número de planilla	8374370852	**Periodo de Cotización Pensión**	enero de 2024
Fecha pago	2024-02-16	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	53322172	**Total Pagado**	403000
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	800

PAGADA
8374370852

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31800	1
230301	Porvenir	208400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	162800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1065096357
APELLIDOS Y NOMBRES: LILIANA ANACONA IMBACHI

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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 En

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	FEBRERO 3846-2022.pdf	FEBRERO 3846-2022.pdf	Proveedor	Desca
☐	MARZO 3846-2022.pdf	MARZO 3846-2022.pdf	Proveedor	Desca
☐	ABRIL 3846-2022.pdf	ABRIL 3846-2022.pdf	Proveedor	Desca
☐	MAYO 3846-2022.pdf	MAYO 3846-2022.pdf	Proveedor	Desca
☐	JUNIO 3846-2022.pdf	JUNIO 3846-2022.pdf	Proveedor	Desca
☐	6-2022.pdf	JULIO 3846-2022.pdf	Proveedor	Desca
☐	.GOSTO LILIANA ANACONA.pdf	CUENTA AGOSTO LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	EPTIEMBRE LILIANA ANCONA.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE LILIANA ANCONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	ubre liliana ancona 1.pdf	cuenta octubre liliana ancona 1.pdf	Proveedor	Desca
☐	IOVIEMBRE LILIANA ANACONA_removed.pdf	CUENTA NOVIEMBRE LILIANA ANACONA_removed.pdf	Proveedor	Desca
☐	ICIEMBRE LILIANA ANACONA.pdf	CUENTA DICIEMBRE LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	NERO 2023 LILIANA ANACONA.pdf	CUENTA ENERO 2023 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	EBRERO 2023 LILIANA ANCONA.pdf	CUENTA FEBRERO 2023 LILIANA ANCONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	ARZO 2023 LILIANA ANACONA.pdf	CUENTA MARZO 2023 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	BRIL LILIANA ANCONA.pdf	CUENTA ABRIL LILIANA ANCONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	3 CTO No.3846-2022	CUENTA MAYO 2023 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	ADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONOCIMIENTO_(8).pdf	Proveedor	Desca
☐	.pdf	Curso proa.pdf	Proveedor	Desca
☐	O No. 3846-22 LILIANA ANACONA.pdf	JUNIO CTO No. 3846-22 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	O No.3846-2022 LILIANA ANACONA.pdf	JULIO CTO No.3846-2022 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	CTO No.3846-22 LILIANA ANACONA.pdf	AGOSTO CTO No.3846-22 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	EPTIEMBRE CTO No.3846-22 LILIANA .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO No.3846-22 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	cobro octubre 2023 (Archivado)	CamScanner 03-10-2023 09.01.pdf	Proveedor	Desca
☐	ubre cto N0.3846-2022 liliana nancona.pdf	cuenta octubre cto N0.3846-2022 liliana nancona.pdf	Proveedor	Desca
☐	IOVOIEMBRE CTO No.3846-22 LILIANA .pdf	CUENTA NOVOIEMBRE CTO No.3846-22 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca
☐	ICIEMBRE CTO 3846-2022 LILIANA .pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 3846-2022 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca

:NERO 2023 CTO 3846-2022 LILIANA .pdf	CUENTA ENERO 2023 CTO 3846-2022 LILIANA ANACONA.pdf	Proveedor	Desca

Borrar

Ayuda Español (Colombia

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Datos guardados