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:	LEIDY JOHANA MORALES CASTRO		**Número de Documento:**	1012344564	
Correo Electrónico:	lady-0827@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3227359622	
Nombre del Supervisor:	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1599-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	ENFERMERO				
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
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	174	0	19370	$3370380	93.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3370380**	**TRES MILLONES TRESCIENTOS SETENTA MIL TRESCIENTOS OCHENTAPESOS**					

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
$ 10808460	**$ 10808460**	**$ 0**	**$ 10808460**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2024

Powered by CamScanner

1	1). Prestar servicios de perfil Enfermero(a) 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 acorde a las necesidades de los usuarios	-Historia clínica y plan de cuidados
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.	-Establecer charlas encaminadas al cuidado de la salud individual y familiar buscando un cambio positivo durante la estancia del paciente en la institución	-Historia clínica y registro en planillas
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (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), 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)	-Registrar todas y cada una de las actividades realizadas en pro del cuidado del paciente de forma oportuna coherente y sin enmendaduras	-Historia clínica y sistema dinámica
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 de forma activa en la elaboración de nuevas guías y protocolos requeridos en la institución Formatos guías y protocolos	-Formatos guías protocolos y procedimientos
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	-Aplicar los conocimientos requeridos para la administración de medicamentos teniendo en cuenta los 10 correctos y las normas de bioseguridad	-Historia clínica y tarjeta de medicamentos
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Estar actualizada en las diferentes rutas que existen en la institución para así poder orientar a los usuarios	-Historia clínica y canales informativos
7	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.	-Participar en la revista medica del servicio donde esté ubicada	-Revista medica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-Revisar que esté cerrado en cada recibo de turno y realizar la revisión correspondiente según fechas establecidas	-Carpeta y formatos de carro de paro
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	-Verificar los registros de enfermería y hacer retroalimentación de los mismos	-Auditorias de las notas de enfermería
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las que establezca la institución	-Las que establezca la institución

© Siasur - 2024

Powered by CamScanner

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**	$ 3486600
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	73993032	-		
2024	**ENERO**	**2024**	**02**	**16**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1394640	$ 223142	**$ 223500**
Salud					FAMISANAR		$ 174330	**$ 174600**
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR		$ 33973	**$ 34100**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 404752**	**$ 432200**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550007500895565

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY JOHANA MORALES CASTRO	2024-02-26 20:53:47
RECHAZADO SUPERVISOR	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-27 11:34:57
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LEIDY JOHANA MORALES CASTRO	2024-02-27 13:10:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-27 13:56:33
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-03-01 08:32:04

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.



ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

© Siasur - 2024

Powered by CamScanner

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	1012344564	LEIDY JOHANNA MORALES CASTRO	KRA 42 A 58 C 90 SUR	4574401	lady-0827@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	
2024-01	2024-01	I	16/02/2024	73993032	$432.200	

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	174.400	0		0		0	1	200	0	174.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	223.200	0	0	0	0	1	300	0	223.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.000				34.000	1	100	34.100			340	34.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	174.400	174.600
Pensión	1	223.200	223.500
Riesgos Laborales	1	34.000	34.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	431.600	432.200

PAGADA

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

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012344564	LEIDY JOHANNA MORALES CASTRO		KRA 42 A 58 C 90 SUR	4574401	lady-0827@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	16/02/2024	73993032	$432.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cot. pens	Salario	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. 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
1	CC	1012344564	MORALES CASTRO LEIDY JOHANNA	59	0			N																	25-14	1.395.000	223.200	0	0	0	0	EPS017	1.395.000	174.400	14-7	1.395.000	3	34.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Powered by CamScanner

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

< 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		
☐	Cuenta de cobro mes de Enero (1).pdf	Cuenta de cobro mes de Enero (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de febrero..pdf	Cuenta de cobro mes de febrero..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta cobro Marzo.pdf	Cuenta cobro Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Cobro Abril.pdf	Cuenta Cobro Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de Mayo.pdf	Cuenta de cobro mes de Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio contrato 2171-2023 Leidy Morales.pdf	Cuenta Junio contrato 2171-2023 Leidy Morales.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrató 2171-2023 mes Julio.pdf	Contrató 2171-2023 mes Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrato 2171-2023 mes de Agosto.pdf	Contrato 2171-2023 mes de Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrato 2171-2023 mes de septiembre.pdf	Contrato 2171-2023 mes de septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	contrato 2171-2023mes de octubre.pdf	contrato 2171-2023mes de octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrato 2171-2023 mes de Noviembre.pdf	Contrato 2171-2023 mes de Noviembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Contrato 2171-2023 Mes de Diciembre.pdf	Contrato 2171-2023 Mes de Diciembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Enero 2024 Contrato 2171-2023 .pdf	Contrato 2171-2023 Cuenta Enero .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Powered by CamScanner