| | | |
|---|---|---|
| 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:** | KEIDY DANIELA CUENCA GALEANO | | **Número de Documento:** | 1023020852 | |
| **Correo Electrónico:** | keidydaniela_10@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3138769094 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ | **Cargo:** | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2185-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 434 |
| **Perfil:** | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA LIBRADA I | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B03UC | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS SANTA LIBRADA I | 168 | 0 | 10510 | $1765680 | 90.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1765680** | **UN MILLON SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-02-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 1765680 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5864580** | **$ 5864580** | **$ 1765680** | **$ 4098900** |

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


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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. | -Conocer y aplicar las guías de atención, protocolos, manuales y procedimientos institucionales, en especial los relacionados con el cumplimiento del objeto contractual | --Historia clínica de los pacientes atendidos dentro de los turnos programados |
| 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. | -Educar al paciente y a la familia sobre el auto cuidado y la seguridad del paciente dentro de las instalaciones dependiendo su estado de salud | -dejar por escrito en historia clínica la educación del paciente y del familiar dentro de la instalación |
| 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. | -Verificar y enviar fichas de notificación oportunamente aplicar las normas de bioseguridad y utilización de elementos de uso personal | -supervisión del jefe de turno |
| 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. | -Lista de chequeo y seguimiento para el mes | -listas de chequeo de infección sondas y catéteres |
| 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. | -Lista de chequeo y seguimiento para el mes | -listas de chequeo de infección sondas y catéteres |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | --Registro de limpieza y desinfección diaria y semanal, registro de temperaturas, y realizar consentimiento informado a cada paciente del procedimiento a realizar | -supervicion del jefe de turno |

## 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 | $ 2017920 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1060095541 | - | | |
| 2024 | ENERO | 2024 | 02 | 09 | | | | |
| 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 | PORVENIR | $ 1256666.6666667 | $ 201067 | **$ 208000** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 157083 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 30612 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 364710** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0570462870039924 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | KEIDY DANIELA CUENCA GALEANO | 2024-02-22 19:48:11 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JENNIFER ASTRID ESPITIA SUAREZ | 2024-02-23 14:47:40 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-02-25 17:53:23 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-03-12 11:13:16 |

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.

Jennifer Espitia.

**JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ**
**PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD**


***© Siasur - 2024***