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:	DAYSY ZULMA MAHECHA GOMEZ		**Número de Documento:**	1010184109	
Correo Electrónico:	YOYESITA89@OUTLOOK.COM		**Número Telefónico:**	3023770767	
Nombre del Supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2202-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS JERUSALEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01VC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS JERUSALEN	180	18	19370	$3835260	106.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3835260**	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS**					

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	$ 3835260	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10808460	**$ 10808460**	**$ 3835260**	**$ 6973200**

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 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.	-Conocer y aplicar las guías de atención, protocolos, manuales y procedimientos institucionales, en especial los relacionados con el cumplimiento del objeto contractual	-Historia clínica
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.	-Resultado de evaluación lista de chequeo de procedimientos programados para el mes	-Lista de chequeos y auditorias
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)	-Verificar y enviar fichas de notificación oportunamente, aplicar las normas de bioseguridad y utilización de elementos de uso personal	-Historia clínica
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.	-Verificar y enviar fichas de notificación oportunamente, aplicar las normas de bioseguridad y utilización de elementos de uso personal	-Libros y formatos según protocolos institucionales
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.	-Administrar y registrar medicamentos en la historia clínica con la aplicación de los 11 correctos formato libro de entrega de turno y Kardex	-Libros y formato de entrega de turno según protocolos institucionales
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Direccionar pacientes de atención especial como maternas y primera infancia para programas de p y p	- Cita prioritaria y educación al paciente
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.	-Administrar y registrar medicamentos en la historia clínica con la aplicación de los 11 correctos formato libro de entrega de turno y Kardex	-Libros y formato de entrega de turno según protocolos institucionales
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-Revisión diaria del carro de paro verificando que el candado de encuentre cerrado en buen estado y desfibrilador conectado y funcional	-Formato de revisión diaria de carro de paro y descarga del desfibrilador
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.	-Revisión de plan de enfermería según protocolo, registro de limpieza y desinfección, supervisión de registros clínicos, consentimiento informado y registro de del desfibrilador	-Lista de chequeo estrategia centinela
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Apoyo al proceso de farmacia y terapia respiratoria en USS Jerusalén	-Cargue de insumos y medicamentos en sistema, envío de documentación y seguimiento sala era

© Siasur - 2024

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**	$ 4416360
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1061379171	-		
2024	**ENERO**	**2024**	**02**	**13**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS**						

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1766544	$ 282647	**$ 282700**
Salud		SALUD TOTAL		$ 220818	**$ 220900**
ARL	3	SURA		$ 43033	**$ 43100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 512686**	**$ 546700**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870430214

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DAYSY ZULMA MAHECHA GOMEZ	2024-02-25 20:44:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JENNIFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	2024-02-26 10:01:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-02-27 14:14:12
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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-02-13, 11:28:25 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1061379171

Periodo Cotización 202401 **Periodo Servicio** 202401

Cliente:

PAGADA 2024-02-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DAYSY ZULMA JULLIETTE MAHECHA GOMEZ				
Documento	CC 1010184109	**Dirección**	TRASNVERSAL 34 A # 40 B 38 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3023770767		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010184109		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MAHECHA GOMEZ DAYSY ZULMA JULLIETTE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales				
INO	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
																0	30	30	30	0			$ 1.766.544	231001		16 %	$ 1.766.544	$ 282.700	$ 0	$ 0	EPS002		12,5 %	$ 1.766.544	$ 220.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.766.544	$ 43.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 282.700	$ 0	$ 0	$ 220.900	$ 43.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 546.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

Contrato actualizado

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

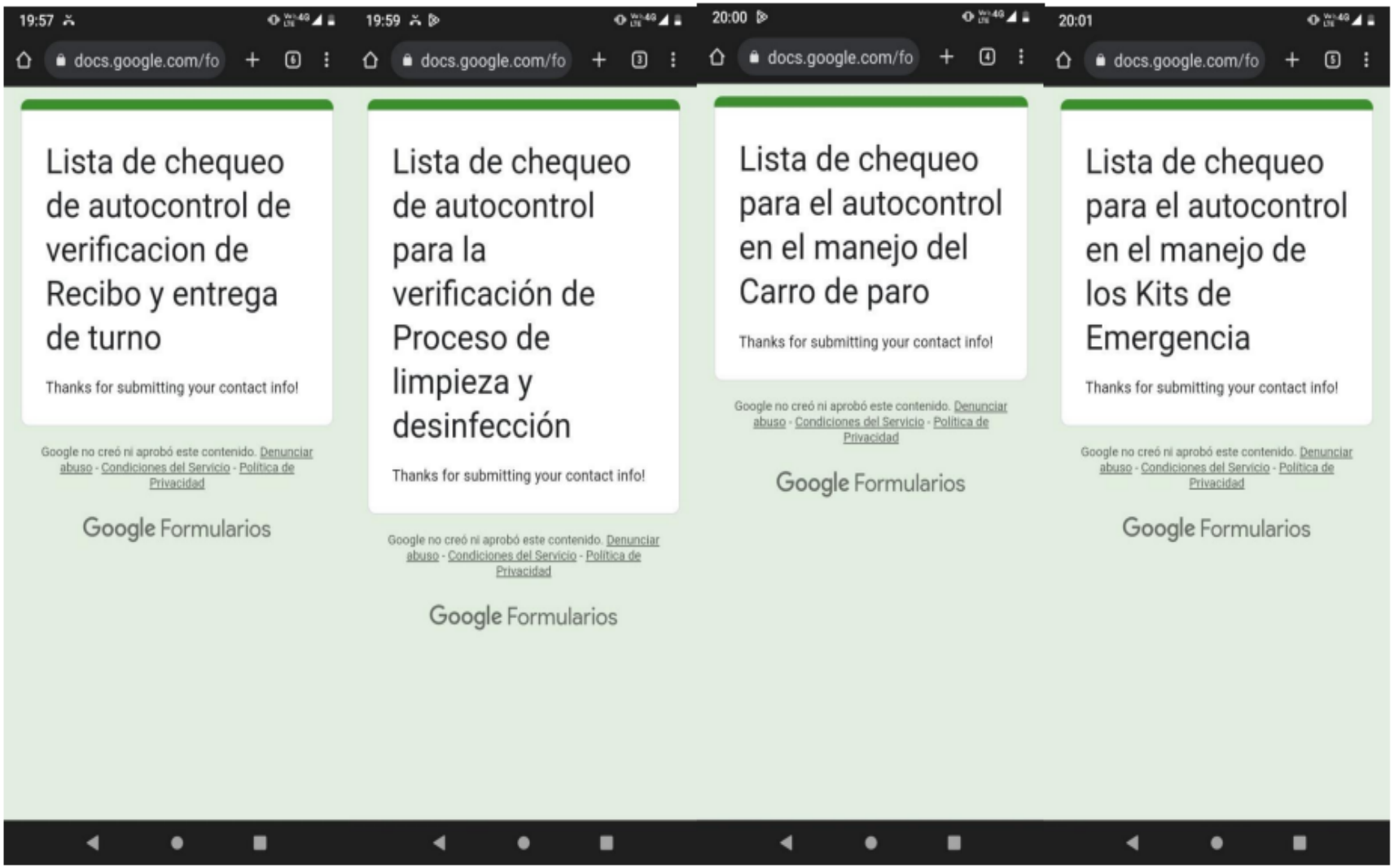
Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	4197-2022 FEBRERO	ZJ Mahecha febrero 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2022 MARZO	DZJMahecha marzo 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2022 ABRIL	DZJ Mahecha Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2022 MAYO	Cuenta de Cobro Número 21332 MAYO-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2022 OCTUBRE	DAJ MAHECHA oct 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2022 NOVIEMBRE	J MAHECHA nov 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2022 DICIEMBRE	DZJ MAHECHA DIC 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 ENERO	Julliette Mahecha ene 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 FEBRERO	PLANILLA FEB 23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 MARZO	JULLIETTE MAHECHA PDF ABRIL CTA COBRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 ABRIL	CTA COBRO daysy mahecha ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 MAYO	DAYSY MAHECHA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 JUNIO	DAYSY MAHECHA JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 JULIO	JULLIETTE MAHECHA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 AGOSTO	JULIETTE MAHECHA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 SEPTIEMBRE	DAYSY MAHECHA CTA SEPT.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 OCTUBRE	JULLIETTE MAHECHA CTA OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 NOVIEMBRE	JULLIETTE MAHECHA CTA NOV.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2023 DICIEMBRE	JULLIETTE MAHECHA-2.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4197-2024 ENERO	202402121409-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

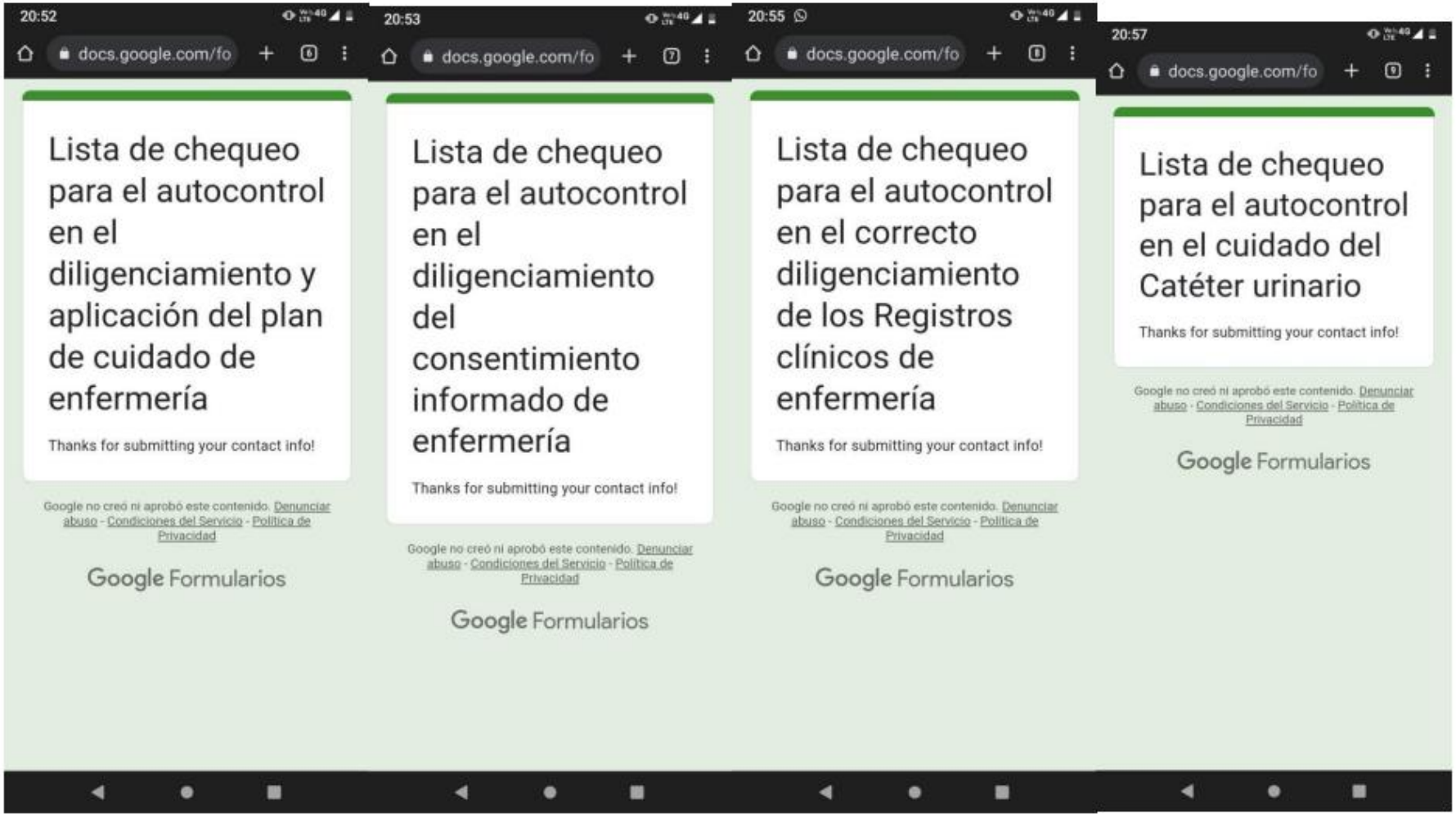
Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >


19:57
docs.google.com/fo
Lista de chequeo de autocontrol de verificacion de Recibo y entrega de turno
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
19:59
docs.google.com/fo
Lista de chequeo de autocontrol para la verificación de Proceso de limpieza y desinfección
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
20:00
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el manejo del Carro de paro
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
20:01
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el manejo de los Kits de Emergencia
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios


20:57
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el cuidado de dispositivos intravasculares
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
19:52
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en prevención del riesgo de caídas
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
19:54
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en prevención de ulceras por presión y mantenimiento de la Piel sana
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
19:56
docs.google.com/fo
Lista de chequeo de autocontrol para verificación de la correcta Preparación y administración de medicamentos
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios


20:52
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el diligenciamiento y aplicación del plan de cuidado de enfermería
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
20:53
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el diligenciamiento del consentimiento informado de enfermería
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
20:55
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el correcto diligenciamiento de los Registros clínicos de enfermería
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios
20:57
docs.google.com/fo
Lista de chequeo para el autocontrol en el cuidado del Catéter urinario
Thanks for submitting your contact info!
Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad
Google Formularios

LISTA DE CHEQUEO SUPERVISIÒN ENFERMERIA
ESTRATEGIA CENTINELA URGENCIAS

INSTRUCTIVO DILIGENCIAMIENTO

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

SI. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene

NO. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene

NOMBRES Y APELLIDOS DAYSY ZULMA MAHECHA GOMEZ	SERVICIO /UNIDAD JERUSALEN	FECHA 28/ENE/2024	DI 1010184109

PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE CALIDAD

SUPERVISIÒN ENFERMERÌA

GESTIÒN DE ENFERMERIA					**FIRMA PROFESIONAL DE ENLACE /SUPERVISOR**
Criterio		**Actividad**	**CUMPLE**		
			SI	**NO**	
1	Plan de cuidado de enfermeria	Realiza Plan de enfermeria de manera adecuada según protocolo institucional	X		
2	DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS (Registro de temperatura, Carro de paro, Registro desfibrilador, limpieza y desinfeccion)	Registro de temperatura /ambiente	X		
		Registro carro de paro	X		
		Registro de limpieza y desinfecciòn auxiliares de enfermefra a cargo.	X		
		Registro de limpieza y desinfecciòn enfermeria	X		
		Limpieza y desinfeccion fin de semana	X		
		Seguimiento diario carro de paro	X		
		Acta de supervision a registros clinicos del personal a cargo	X		
		Historias con consentimiento informado	X		
		Inventario carro de paro realizado en los 5 primeros dias del mes	X		
		Registro diario desfibrilador	X		