

|                                                                                   |                                                   |  |  |  |                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |  |  |  |                                                                                     |  |
|                                                                                   | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |  |  |  |  |  |

|                         |                                 |            |                                             |                      |            |  |  |
|-------------------------|---------------------------------|------------|---------------------------------------------|----------------------|------------|--|--|
| DATOS DEL INFORME       |                                 |            |                                             |                      |            |  |  |
| Periodo a Certificar:   | Desde:                          | 2024-02-01 | Hasta:                                      | 2024-02-29           |            |  |  |
| Nombre del Contratista: | YUNNEIDY POVEDA JIRSA           |            |                                             | Número de Documento: | 1001112501 |  |  |
| Correo Electrónico:     | yunneidy.jirsa@gmail.com        |            |                                             | Número Telefónico:   | 3229666354 |  |  |
| Nombre del Supervisor:  | ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO | Cargo:     | PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD | Código Grado:        | -          |  |  |

|                                |                                      |               |      |                       |     |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| DATOS DEL CONTRATO             |                                      |               |      |                       |     |
| No. Contrato:                  | 1894-2024                            | Año Contrato: | 2024 | CDP Contrato Inicial: | 433 |
| Perfil:                        | ENFERMERO                            |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Perteneces: | 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     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| I20CGME                      | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN                                        | 132          | 0                        | 19370      | \$2556840 | 71%                            |
| B01VB                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS     | USS VISTA HERMOSA                                  | 0            | 24                       | 19370      | \$464880  | 12.9%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 3021720                           | TRES MILLONES VEINTIUN MIL SETECIENTOS VEINTEPESOS |              |                          |            |           |                                |

|                                     |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| 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             | \$ 3021720                                |            |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 10808460                | \$ 10808460              | \$ 3021720       | \$ 7786740         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES<br>DESARROLLADAS EN EL<br>PERIODO EN CUMPLIMIENTO<br>DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ---DAR ATENCION HUMANA EFICAZ , Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE QUIERA EL SERVICIO -                                                                                                                                                                                                                                                    | ----1.1 DURANTE LOS PROCESOS DE ATENCION REALICE PREVIA PRESENTACION A CADA PACIENTE Y REALICE LA EXPLICACION A LA REALIZACION DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE , GARANTIZANDO , UNA ATENCION HUMANIZADA Y OPORTUNA , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA REALIZADAS EN DINAMICA GERENCIAL , LA VERBALIZACION DE LOS PACIENTES Y EN EL GIRO CAMA DE AREA EXTENSION PASILLO |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -2.ADHERENCIA EN LA REALIZACION DE LOS PLANES DE NEFERMERIA PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON PARA CADA PACIENT INGRESADO AL AREA DE EXTENSION - PASILLO ESTABLECIDO POR LA SUB RED                                                                                                                                                                       | -2.2 PLANES DE ENFERMERIA REALIZADOS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS AL AREA DE EXTENSION PASILLO DURANTE EL MES                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 3                                                          | 3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, 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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya) | -2.ADHERENCIA EN LA REALIZACION DE LOS PLANES DE NEFERMERIA PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON PARA CADA PACIENT INGRESADO AL AREA DE EXTENSION - PASILLO ESTABLECIDO POR LA SUB RED                                                                                                                                                                       | -2.2 PLANES DE ENFERMERIA REALIZADOS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL A TODOS LOS PACIENTES INGRESADOS AL AREA DE EXTENSION PASILLO DURANTE EL MES                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4                                                          | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | -3.REALIZAR LA ADHERENCIA EN EL REGISTRO Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS ESCALAS DE RIESGO DE CAIDAS , VALORACION DE PIEL Y PATRONES FUNCIONALES A TODOS LOS INGRESOS DE PACIENTES AL AREA DE EXTENSION - PASILLO , DE IGUAL MANERA , EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS (TOMA DE UROCULTIVOS Y PASO DE Sonda Vesicales ) EN HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE | -3.3-ESCALAS DE REGISTRO DE CAIDA , VALORACION INICIAL DE PIEL , Y PATRONES FUNCIONALES REALIZADOS A TODOS LOS INGRESOS AL AREA DE EXTENSION -PASILLO DURANTE EL MES DEL MARZO 2022 EVIDENCIAS EN EL SISTEMA DINAMICA GENERAL                                                                                                                                                                              |

| <b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br/>(LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b> |                                                                                                                                                                                                                         | <b>ACTIVIDADES<br/>DESARROLLADAS EN EL<br/>PERIODO EN CUMPLIMIENTO<br/>DE CADA OBLIGACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5                                                                  | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.                             | -4-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL , PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO LOS PLANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ( obligatorio sistema de garantía de la calidad en salud SOGCS), ASÍ COMO LOS PLANES QUE SE FORMULEN EN PLAN OBLIGATORIO ANUAL Y EL PLAN DE GESTIÓN , GUÍAS , PROTOCOLOS , PROCEDIMIENTOS Y MIPG, CÓDIGO DE INTEGRIDAD DE LA SUBRED SUR-ES                         | -4.4-LISTA DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES Y SOCIALIZACIÓN REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2022 - TITULACIÓN DE MEDICAMENTOS - SALERA - EVALUACIÓN REVISIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CARRO DE PARO USO SOBRE EL APLICATIVO SIASUR - CADENA DE CUSTODIA - CÓDIGO BLNACO Y PACIENTE CON HERIDA POR ARMA DE FUEGO |
| 6                                                                  | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.                                                                | --5. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS UTILIZANDO LOS 12 CORRECTOS Y LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | -5-REALIZACIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA ,DOSIFICACIÓN Y DESCARGUE DE MEDICAMENTOS EN APLICATIVO DE DINÁMICA GERENCIAL                                                                                                                                                                                           |
| 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.                              | -7-RADICACIÓN DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL ÁREA DE EXTENSIÓN -PASILLO DE OTRAS EPS Y RADICACIÓN DE REQUERIMIENTOS NO OFERTADOS POR LA SUBRED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -7.7SE EVIDENCIA RESPECTIVA RADICACIÓN EN EL LIBRO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA UBICANDO EN EL ÁREA DE RADIO DE LA UNIDAD USS TUNAL                                                                                                                                                                       |
| 8                                                                  | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.                                                                                  | -8-REALIZAR DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN A ÁREA DE EXTENSIÓN -PASILLO , VERIFICANDO FECHAS DE VENCIMIENTO Y GARANTIZAR DOSIS PARA ESTANCIA HOSPITALARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | --8.8-CARRO DE MEDICAMENTOS DE EXTENSIÓN-PASILLO LIMPIO Y CON CUBÍCULOS MARCADOS CON DOCUMENTO DE PACIENTE PARA EVITAR ERRORES EN LA ADMINISTRACIÓN                                                                                                                                                           |
| 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. | -9-SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A SU CARGO CON EL FIN DE BRINDAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA Y HUMANIZADA A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN A ÁREA DE EXTENSIÓN -PASILLO --9.9-MEJORA EN LA REALIZACIÓN DE TOMA DE EXÁMENES , TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMAS, MONITORIZACIÓN DE PACIENTES DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y SEGÚN SU CONDICIÓN , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA REALIZADAS POR EL PERSONAL AUXILIAR EN APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL | -9.9-MEJORA EN LA REALIZACIÓN DE TOMA DE EXÁMENES , TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMAS, MONITORIZACIÓN DE PACIENTES DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN Y SEGÚN SU CONDICIÓN , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA REALIZADAS POR EL PERSONAL AUXILIAR EN APLICATIVO DINÁMICA GERENCIAL        |
| 10                                                                 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.                                                                                                                   | -10-DILIGENCIAR EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL CARRO DE MEDICAMENTOS , DILIGENCIAR EL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA SUBRED SUR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | --10.10-REGISTRO DE LA CARPETA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DIARIA DEL CARRO DE MEDICAMENTOS Y EQUIPOS                                                                                                                                                                                                          |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                  |               |     |                |                                                                       |                                 |                                                        |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----|----------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                  | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla                                                    | Factura Electrónica             | Valor de Honorarios<br>Certificados el Mes<br>Anterior | \$ 3835260          |
| AÑO                                                                                                                                    | MES              | AÑO           | MES | DÍA            | 1061747883                                                            | -                               |                                                        |                     |
| 2024                                                                                                                                   | ENERO            | 2024          | 02  | 27             |                                                                       |                                 |                                                        |                     |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                  |               |     |                | TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS |                                 |                                                        |                     |
| Item                                                                                                                                   |                  |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                               | Ingreso Base de Cotización      | Valor Mínimo de los Aportes                            | Valor Aportado      |
| Pensionado                                                                                                                             |                  |               |     | NO             | PORVENIR                                                              | \$ 1534104                      | \$ 245457                                              | \$ 245457           |
| Salud                                                                                                                                  |                  |               |     |                | CAPITAL SALUD                                                         |                                 | \$ 191763                                              | \$ 191763           |
| ARL                                                                                                                                    |                  |               |     | 3              | SURA                                                                  |                                 | \$ 37371                                               | \$ 37371            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                  |               |     | NO             |                                                                       | Total                           | \$ 445228                                              | \$ 474591           |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                  |               |     |                |                                                                       |                                 |                                                        |                     |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCOLOMBIA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                               | Número de Cuenta                | 91252963931                                            |                     |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                  |               |     |                |                                                                       |                                 |                                                        |                     |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                  |               |     |                |                                                                       | USUARIO                         |                                                        | FECHA               |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                  |               |     |                |                                                                       | YUNNEIDY POVEDA JIRSA           |                                                        | 2024-02-25 10:48:26 |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                  |               |     |                |                                                                       | ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO |                                                        | 2024-02-26 09:54:24 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                  |               |     |                |                                                                       | YUNNEIDY POVEDA JIRSA           |                                                        | 2024-02-28 13:00:43 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                  |               |     |                |                                                                       | YUNNEIDY POVEDA JIRSA           |                                                        | 2024-02-28 13:10:32 |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                  |               |     |                |                                                                       | ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO |                                                        | 2024-02-28 20:27:29 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                  |               |     |                |                                                                       | YUNNEIDY POVEDA JIRSA           |                                                        | 2024-02-28 20:47:01 |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                  |               |     |                |                                                                       | ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO |                                                        | 2024-02-29 13:26:23 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                  |               |     |                |                                                                       | YUNNEIDY POVEDA JIRSA           |                                                        | 2024-02-29 13:46:35 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                  |               |     |                |                                                                       | ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO |                                                        | 2024-02-29 16:21:15 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                  |               |     |                |                                                                       | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA  |                                                        | 2024-03-01 10:06:29 |
| 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 11:13:09 |

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**