

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-03-01	Hasta:	2024-03-31			
Nombre del Contratista:	ANDERSON STEVE TIBAVIZCO ORTIZ			Número de Documento:	80763645		
Correo Electrónico:	Calvocatorino@hotmail.com			Número Telefónico:	3208168371		
Nombre del Supervisor:	MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE PROCESO			Código Grado:	-
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	2450-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	434		
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA						
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS						
Unidad de Servicios:	USS TUNAL						
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	0	10510	\$1954860	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1954860	UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS 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			\$ 1828740			
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO			PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 5864580	\$ 5864580			\$ 1828740		\$ 4035840	
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica electrónica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados	-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.	-Asistencia en el auto cuidado, alimentación, eliminación y todas las actividades de apoyo de acuerdo a la condición clínica del paciente	-FORMATO DE LÍQUIDOS ADMINISTRADOS Y ELIMINADOS
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Apoyar al personal médico y profesional de enfermería en todos los procedimientos correspondientes haciendo uso de los elementos de bioseguridad	-REGISTRO EN NOTAS DE ENFERMERÍA
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.	-Realizar planes de cuidado con el profesional de enfermería para cada uno de los pacientes de acuerdo a su patología y registrarlo en tiempo real en la historia clínica	-REGISTRO DE ESCALAS SEGUN PATOLOGIA DEL PACIENTE
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.	-Realizar actividades de apoyo de acuerdo a la condición clínica del paciente	-REGISTRO EN NOTAS DE ENFERMERÍA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar procedimientos correspondientes haciendo uso de los elementos de bioseguridad según s de la institución	-CARPETA DE REGISTRO DE RECIBIDO

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9463442151	-			\$ 1828740
2024	FEBRERO	2024	03	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL SETECIENTOS CUARENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000	
Salud					NUEVA EPS		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				SI	CAFAM	Total	\$ 377286	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	475600027589		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANDERSON ORTIZ TIBAVIZCO STEVE		2024-03-24 23:57:37		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ		2024-03-27 17:01:36		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-03-30 18:21:42		

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.

MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad+Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80763645		TIBAVIZCO ORTIZ ANDERSON STEVE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cile 63 sur N 16 -12 barrio mexico	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7651820	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla		Limite	Pago	Banco	Valor
2024-02	2024-02	503924170	9463442151	I		2024/03/12	2024/03/11	BANCO DAVIVIENDA	\$428,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte		
Sucursales PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																						
1	CC 80763645	TIBAVIZCO ANDERSON	25-14	30	\$1,300,000	\$208,000	EP5037	30	\$1,300,000	\$162,500			\$1,300,000	\$26,000	14-11	30	\$1,300,000	\$31,700	30	\$0		
Total Afiliados(1)																						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección
CC 80763645		TIBAVIZCO ORTIZ ANDERSON STEVE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	c/le 63 sur N 16 -12 barrio mexico
				Ciudad-Departamento	Teléfono
				BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7651820
				Exonerado SENA e ICBF	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION					
Periodo	Clave		Tipo	Fecha	
	Pensión	Salud		Planilla	Limite
2024-02	2024-02	503924170	9463442151	I	2024/03/12
				Pago	Valor
				2024/03/11	\$428,200

RESUMEN DE PAGO					
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS
					VALOR LIQUIDADO
					INTERESES MORA
					SALDOS E INCAPACIDADES
					VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					
	COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1
					\$208,000
					\$0
					\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					
					1
					\$31,700
					\$0
					\$31,700
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1
					\$31,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					
					1
					\$26,000
					\$0
					\$26,000
CAFAM		CCF21	860,013,570	3	1
					\$26,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					
					1
					\$162,500
					\$0
					\$162,500
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2	1
					\$0
					\$162,500
TOTAL					1
					\$428,200
					\$0
					\$428,200