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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	CAROL ELIZABETH TIJARO SANCHEZ		**Número de Documento:**	53160723	
Correo Electrónico:	CARITOT31@HOTMAIL COM		**Número Telefónico:**	3114719296	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1471-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	ENFERMERO ESPECIALIZADO				
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	156	0	27330	$4263480	83.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4263480**	**CUATRO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01			**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 9674820	1022

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 4591440
2	MARZO	$ 5247360
3	ABRIL	$ 4263480

Powered by CamScanner

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15250140	$ 24924960	$ 14102280	$ 10822680

	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 Enfermero(a) Especializado(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 EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR	-HISTORIA CLINICA 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.	-DAR INDICACION A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO	-HISTORIA CLINICA
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la información 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 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	-REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FISICO EL TRATAMINETO ADMINISTRADO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	-HISTORIA CLINICA Y AUDITORIAS
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 EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO	-FORMATOS, GUIAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMINETOS
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.	-APLICA PROCEDIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	-HISTORIA CLINICA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-ACTUALIZA EN LAS RUTAS PARA PODER ORIENTAR A LOS USUARIOS	-HISTORIAS CLINICAS AUDITORIAS
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.	-PARTICIPA EN LA REVISTA MEDICA Y VALORACION A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DICIPLINAS	-REVISTA MEDICA

Powered by CamScanner

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-REALIZA LA REVISION DEL CARRO DE PARO CARRO DE PARO SEGUN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS CINCO (5) PROMEROS DIAS DE CADA MES	-CARPETAS, FORMATOS, CARRO DE PARA INTITUCIONAL
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermeria de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	-VERIFICA LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y HACE RETROALIMENTACION DE LOS MISMOS	-EVALUACION ESTABLECIDA DE AUDITORIA EN HISTORIA CLINICA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE REALIZA REGITRO DE PROCEDIMIENTOS, CON TODOS LOS PACIENTE Y CUIDADOS DE ENFERMERIA	-HISTORIA CLINCA Y LAS QUE ESTABLECE LA INTITUCION INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

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	$ 5247360
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7923765519	-		
2024	MARZO	2024	04	24				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2098944	$ 335831	$ 341500
Salud		FAMISANAR		$ 262368	$ 266800
ARL	3	SURA		$ 51130	$ 52100
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 609155	$ 660400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800390363

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROL ELIZABETH TIJARO SANCHEZ	2024-04-26 02:00:53
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-04-27 14:39:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-30 11:19:37
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DIA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-05-15 12:24:54

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.

Irene Guerra

IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Bienvenido(a), **CAROL TIJARO SANCHEZ**
Jueves 23 de Mayo de 2024, 07:03 AM
Código único CUS: 656743215

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Número de Aprobación
00743215

Fecha
23/05/2024

Dirección IP
191.95.54.46

Valor transacción
$534.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1
10.80.25.153

Referencia 2
CC

Referencia 3
53160723

Esta transacción estará sujeta a verificación

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53160723
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CAROL ELIZABETH TIJARO SANCHEZ TIJARO SANCHEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TV 42 # 4-51 PISO 2	TELÉFONO:	4641714
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7927526063		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	15				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/23		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	656743215	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 276.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 276.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 215.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 215.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 42.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 527.900**
VALOR MORA:	**$ 6.600**
TOTAL PAGADO:	**$ 534.500**

Powered by CamScanner