

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:		Desde:	2024-04-01	Hasta:	2024-04-30		
Nombre del Contratista:		MARIA PAULA ALDANA BARRIOS		Número de Documento:		1000019965	
Correo Electrónico:		mariaaldanabp@gmail.com		Número Telefónico:		3196743783	
Nombre del Supervisor:		JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD		Código Grado:	-
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:		2020-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	433	
Perfil:		AUXILIAR EN ENFERMERIA					
Dirección a la que Pertenece:		DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS					
Unidad de Servicios:		USS USME					
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS USME	180	0	10510	\$1891800	96.8%
B03UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS URGENCIAS	USS USME	0	36	10510	\$378360	19.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2270160	DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTOSESENTAPESOS					
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	\$ 6179880		1022	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			
1		FEBRERO		\$ 2522400			
2		MARZO		\$ 2627500			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 2270160	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5864580	\$ 12044460	\$ 7420060	\$ 4624400
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.	-se brindando atención integral después de mi trabajo como auxiliar de enfermería a los usuarios internos y externos vigilando y educando una adecuada atención en salud	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.	-se brindando atención integral después de mi trabajo como auxiliar de enfermería a los usuarios internos y externos vigilando y educando una adecuada atención en salud	-HISTORIA CLÍNICA
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.	-dar uso de las actividades acordadas con el supervisor del contrato cumpliendo con las actividades y productos contractuales registrados en mi contrato como prestador de servicios de salud para mi trabajo como auxiliar de enfermería	-HISTORIA CLÍNICA
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.	-se diligenciaron de forma clara correcta y apropiada en el registro de enfermería además y documentos todo lo realizado con el paciente	-HISTORIA CLÍNICA
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.	-se da uso adecuado de los recursos equipos medicamentos e insumos brindados por la sub red sur para la ejecución adecuada atención de los pacientes y se informa oportunamente las novedades que se presentan con lo ya mencionado	-HISTORIA CLÍNICA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-se da uso adecuado de los recursos equipos medicamentos e insumos brindados por la sub red sur para la ejecución adecuada atención de los pacientes y se informa oportunamente las novedades que se presentan con lo ya mencionado	-HISTORIA CLÍNICA

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		\$ 2627500
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75988131	-			
2024	MARZO	2024	04	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL QUINIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000
Salud						COMPENSAR		\$ 162500	\$ 162500
ARL					3	SURA		\$ 31668	\$ 31700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 377286	\$ 402200

INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24121036205

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA PAULA ALDANA BARRIOS	2024-04-27 22:33:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JENNIFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	2024-04-28 19:08:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-29 13:12:39
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	2024-05-15 12:25:04

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.



JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD