

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

DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-06-01	Hasta:	2024-06-30			
Nombre Contratista:	del	JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		Número de Documento:	1033725125		
Correo Electrónico:	natabravito@hotmail.com			Número Telefónico:	3202782690		
Nombre Supervisor:	del	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado:	-	242-27

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2602-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS SAN BENITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	177	0	8980	\$1589460	95.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1589460	UN MILLON QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTAPESOS					

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	\$ 3340560	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 3340560	1541
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 1670280	
2	MARZO			\$ 1670280	
3	ABRIL			\$ 1670280	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 1670280	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5010840	\$ 11691960	\$ 6681120	\$ 5010840
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 hace Limpieza y desinfección verificación de implemento para higienizar manos según protocolo de desinfección	Formato de limpieza y desinfección
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 orienta a paciente y/o familiar de la importancia de la adherencia al tratamiento enviado por su médico tratante y el cumplimiento de las citas asignadas	Base de Datos y Historia Clínica en Dinámica Gerencial
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)	Notas De enfermería seguimientos telefónicos de celular personal	Historia Clínica Dinámica Gerencia
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.	Hacer llamadas de Seguimiento a pacientes de Salud Mental I. -Subir agenda en Dinámica gerencial. -Asignar citas y orientar a los usuarios según necesidad de tratamiento y adherencia	Base de datos -Dinámica gerencial
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Hacer llamadas de Seguimiento a pacientes de Salud Mental I. -Subir agenda en Dinámica gerencial. -Asignar citas y orientar a los usuarios según necesidad de tratamiento y adherencia	promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	77050244	-		\$ 1670280	
2024	MAYO	2024	06	18					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 209200	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 163400	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 31900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 404500	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	488400837040		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		2024-06-25 08:01:51		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		2024-06-25 12:01:16		
RECHAZADO SUPERVISOR					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2024-06-29 07:16:41		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		2024-06-30 20:30:06		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2024-06-30 20:37:21		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-07-01 13:05:30		

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.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

Datos guardados

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

Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
3756-2022 ENERO USS SAN BENITO.pdf (Archivado)	3756-2022 ENERO USS SAN BENITO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
Informe de Actividades Número 173901.pdf (Archivado)	Informe de Actividades Número 173901.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO-2602- FEBRERO 2024.pdf	CTO-2602-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 2602 MARZO 2024..pdf	CTO 2602 MARZO 2024..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 2602 ABRIL 2024.pdf	CTO 2602 ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
SECOPTA MAYO.pdf (Archivado)	SECOPTA MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 2602 MAYO 2024.pdf	CTO 2602 MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1033725125	JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO	Carrera 82 #42sur 48	3202782690	natabravito@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	18/06/2024	77050244	\$404.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860068942-7	162.500	0		0		0	
							Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
							7	900	0
									163.400
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	7	1.200	0	209.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Valor Neto	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor	No. Autorización	Sistemas					Saldo a Favor				
14-11	ARL SURA	880903790-5	31.700					31.700	7	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
------------	--------	-----	--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033725125	JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO	Carrera 82 #42sur 48	3202782690	natabravitb@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-05					\$404.500	
PERIODO PENSIONES						
2024-05						
					77050244	
					1	
					18/06/2024	

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
INFORMACION COTIZANTE			INFORMACION NOVEDADES										PENSION					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
No.	Tipo	No de identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colón extranjero	Exonerado	NO	RET	TAE	TAP	VSP	VST	NSN	LMA	VAC	ACT	RL	CORRECCION		Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																