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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	Betti Rodriguez Enero 2024.pdf (Archivado)	Betti Rodriguez Enero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA 2024 FEBRERO JOHANA RODRIGUEZ.pdf	CUENTA 2024 FEBRERO JOHANA RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUANTA 2024 MARZO JOHANNA RODRIGUEZ.pdf	CUANTA 2024 MARZO JOHANNA RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA 2024 abril JOHANA RODRIGUEZ.pdf	CUENTA 2024 abril JOHANA RODRIGUEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta 2024 MAYO jhoanna rodriguez .pdf	cuenta 2024 MAYO jhoanna rodriguez .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta 2024 JUNIO johanna rodriguez.pdf	cuenta 2024 JUNIO johanna rodriguez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **BETTI JOHANA RODRIGUEZ MUNEVAR**, identificada con **CC** número **53093872**, aportó por el empleado **BETTI JOHANA RODRIGUEZ MUNEVAR**, identificado(a) con **CC** número **53093872** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8378442186** para el periodo de salud **2024-06** y pensiones **2024-06** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	COTIZACIÓN Y/O APORTE	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	57	0															0		30	$1.859.520	0,02436	3	$45.300	Junio - 2024	8378442186	18/07/2024	N
Pensiones	231001	Colfondos	800227940	57	0															0		30	$1.859.520	0,16000		$297.600	Junio - 2024	8378442186	18/07/2024	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	57	0															0		30	$1.859.520	0,12500		$232.500	Junio - 2024	8378442186	18/07/2024	N

El presente certificado se expide a los 24 días del mes Julio de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

PAGADA

Powered by CamScanner

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:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-31	
Nombre del Contratista:	BETTI JOHANA RODRIGUEZ MUNEVAR		**Número de Documento:**	53093872	
Correo Electrónico:	bejoha-20@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3114646930	
Nombre del Supervisor:	MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2458-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	36	19370	$4300140	119.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4300140**	**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL CIENTOCUARENTAPESOS**					

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	$ 14643720	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 9065160	1544

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 5229900
2	MARZO	$ 5113680
3	ABRIL	$ 4648800

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 4997460
5	JUNIO	$ 4648800
6	JULIO	$ 4300140

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10808460	**$ 34517340**	**$ 28938780**	**$ 5578560**

	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) 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.	--DAR ATENCION HUMANA EFICAZ , Y DE CALIDAD TANTO AL CLIENTE INTERNO COMO EXTERNO QUE QUIERA EL SERVICIO -	---- DURANTE LOS PROCESOS DE ATENCION REALICE PREVIA PRESENTACION A CADA PACIENTE Y REALICE LA EXPLICACION A LA REALIZACION DE TODOS LOSP ROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL MEDICO TRATANTE , GARANTIZANDO , UNA ATENCION HUMANIZADA Y OPORTUNA , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA REALIZADAS EN DINAMICA GENERENCIAL , 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.	-----.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 - PLANES DE ENFERMERIA REALIZADOS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL A TODOS LOSP ACIETNE INGRESADOS AL AREA DE EXTESION PASILLO DURANTE EL MES
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn 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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	----.REALIZAR LA ADHERENCIA EN EL REGISTOR Y DILIGENCIAMIENTO DE LAS ESCALAS DE RIESGO DE CAIDAS ,VALORACION DE PIEL Y PATRONES FUNCIONALES A TODOS LO INGRESOS DE PACIETNE S AL AREA DE EXTENSION - PASILLO , DE IGUAL MACNERA , EL REGISTRO DE MEDICAMENTOS Y PROCEDIMIENTOS (TOMA DE UROCULTIVOS Y PASO DE SONDA VESICALES) EN HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE --	----ESCALAS DE REFGISTRO 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 ELSISTEMA DINAMICA GENERAL

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-----CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES INHERENTES AL OBJETO CONTRACTUAL , PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD Y AQUELLAS INCLUIDAS DENTRO LOSP LANES DE MEJORAMIENTO DE LOS ESTANDARES DE HABILITACION Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD (sistema obligatorio de garantía de la calidad en salud SOGCS), ASI COMO LOS PLANES QUE SE FORMULEN EN PLAN OBLIGATORIO ANUAL Y EL PLAN DE GESTION , GUIAS , PROTOCOLOS , PROCEDIMIENTOS Y MIPG, CODIGO DE INTREGRIDAD DE LA SUBRED SUR-ES	-----LISTA DE ASISTENCIA A LAS CAPACITACIONES Y SOCIALIZACION REALIZADAS DURANTE EL MES DE MARZO 2022 - TITULACIN DE MADICAMENTOS - SAL ERA - EVALUACION REVISION Y SEGUIMIENTO DEL CARRO DE PARO USO SOBRE EL APLICATIVO SIASUR - CADENA DE USTODIA - CODIGO BLNACO Y PACIENTE CON HERIDA POR ARMA DE FUEGO
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.	---ADMINISTRAR MEDICAMNETOS UTILIZANDO LOS 12 CORRECTOS Y LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD ESTEBLECIDAS POR LA INSTITUCION -	----REALIZACION DE NOTAS DE ENFERMERIA ,DOSIFICACION Y DESCARGUE DE MEDICAMENTOS EN APLICATIVO DE DINAMICA GERENCIA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	---ACTIVACION DE LA LINEA ROSA EN LOS CASOS DE CODIGO BLNACO MAYOR Y MENOR A 72 HORAS SEGUN PROTOCOLO INSTITUCIONAL -	----REGISTRO TELEFONICO A LA LINEA ROSA 3219006442 DE LA SUB RED WSUR Y LA REALIZACION DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA DE TODOS LOS PROCEDIMEINTOS RELIZADOS A ESTOS CASOS EN EL APLICATIVO DINAMICA GERENCIA
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.	-----RADICACION DE LA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA DE EXTENSION -PASILLO DE OTRAS EPS Y RADICACION DE REQUIRIMIENTOS NO OFERTADOS POR LA SUBRED - - - --SE EVIDENCIA RESPECTIVA RADICACION EN EL LIBORO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA UBICANDO EN EL AREA DE RADIO DE LA UNIDAD USS TUNAL	---SE EVIDENCIA RESPECTIVA RADICACION EN EL LIBORO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA UBICANDO EN EL AREA 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.	----REALIZAR DOSIFICACION DE MIDICAMENTOS DE TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESASN A AREA DE EXTENSION -PASILLO , VERIFICANDO FECHAS DE VENCIMIENTO Y GARNTIZAR DOSIS PARA ESTANCIA HOSPITALARIA -	-- - -CARRO DE MEDICAMNETOS DE EXTENSION-PASILLO LIMPIO Y CON CUBICULOS MARCADOS CON DOCUMENTO DE PACIENTE PARA EVIAR ERRORES EN LA ADMINISTRACION
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.	--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. ---SUPERVISAR LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERIA A SU CARGO CON EL FIN DE BRINDAR UNA ATENCION OPORTUNA Y HUMANIZADA A TODOS LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LAREA DE EXTENSION – PASILLO	---- --MEJORA EN LA REALIZACION DE TOMA DE EXAMENES , TOMA DE ELCTROCARDIOGRAMAS, MONITORIZACION DE PACIENTES DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION Y SEGUN SU CONDICION , EVIDENCIANDO EN LAS NOTAS DE NEFERMERIA RELIZADAS POR EL PERSONAL AUXILIAR EN APLICATIVO DINAMICA GERENCIAL

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-----DILIGENCIAR EL FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL CARRO DE MEDICAMENTOS , DILIGENCIAR EL RECIBO Y ENTREGA DE TURNO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA SUBRED SUR	---- -REGISTRO DE LA CARPETA DE LIMPIEZA Y DESINFECCCION DIARIA DEL CARRO DE

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	$ 4648800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8378442186	-		
2024	JUNIO	2024	07	18				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1859520	$ 297523	**$ 297600**
Salud		COMPENSAR		$ 232440	**$ 232500**
ARL	3	SURA		$ 45298	**$ 45300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 539670**	**$ 575400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800318513

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BETTI JOHANA RODRIGUEZ MUNEVAR	2024-07-25 18:22:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARTHA CECILIA ROJAS RUIZ	2024-07-29 21:58:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-07-31 08:44:25
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	2024-08-13 14:59:51

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