Utilidades Administrativas Utilidades Asistenciales

VER INFORME DE ACTIVIDAD

Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-31
Nombre del Contratista:	MARIA DEL CARMEN LOPEZ		**Número de Documento:**	20886583
Correo Electrónico:	carmencita0313@hotmail.com		**Número telefónico:**	3114546954
Nombre del supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	**Cargo:**	**No. Cto:**	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2192-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS JERUSALEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02VC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS JERUSALEN	180	12	10510	2017920	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2017920**	**DOS MILLONES DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2024-04-30

No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	3846660	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	4477260	1544

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	1765680
2	MARZO	2017920
3	ABRIL	1891800
4	MAYO	1891800
5	JUNIO	1891800
6	JULIO	2017920

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
5864580	**14188500**	**11476920**	**2711580**

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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Presto mis servicios como auxiliar de enfermería brindándole al paciente un trato digno y humanizado con responsabilidad y respeto.	Lograr que tanto el paciente ,la familia y la misma comunidad se sientan satisfechos con mi servicio

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	Me adhiero a los protocolos como es lavado de manos en sus cinco momentos a la vez educo al paciente con el auto cuidado como es el uso de tapabocas higiene de manos y el uso adecuado de canecas y desechos.	se deja registro en cada una de las actividades realizadas con el paciente.
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	Se realiza actividades diarias con el paciente siguiendo plan de enfermería establecido por mi jefe, informando novedades y cambios relacionados con el cuadro clínico del paciente. Se deja registro de cada una de las actividades realizadas con el	Se deja registro de cada una de las actividades realizadas con el paciente.
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.	Registro en cada uno de los formatos establecidos como son formato de desinfección y temperatura de las diferentes áreas del servicio así como consentimientos informados cambio de sondas y venopunción, registro diario de apertura de historias clínicas.	Registro correcto de cada uno de los formatos establecidos.
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.	Brindándole una educación y orientación adecuada a los pacientes dejando registro en la historia clínica, cada uno de los procedimientos y actividades realizada.	Se deja registro de cada una de las actividades realizadas.
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-	-

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	1891800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4557382155	-		
2024	JUNIO	2024	07	18				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON DE OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	1300000	208000	208000
Salud		SÁNITAS		162500	162500
ARL	3	SURA		31668	31700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	402200
Documento Asociado		1722128203 - Planilla Seguridad Social - 20886583			

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	9170204185

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024
Sistemas de la Información TICS
v3.1.1