

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-10-01	Hasta:	2024-10-31			
Nombre del Contratista:	AURELIANO MORENO PALACIOS			Número de Documento:	1077444182		
Correo Electrónico:	aurelianomrn@gmail.com			Número Telefónico:	3214621847		
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-09		
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	6384-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1547		
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA						
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
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	78	10510	\$2774640	141.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2774640	DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2024-08-15		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-08-01	2024-10-31	1	\$ 5066800	2136
2	2024-10-01	2024-11-30	2	\$ 3257120	2617
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		AGOSTO		\$ 1072020	
2		SEPTIEMBRE		\$ 2648520	
3		OCTUBRE		\$ 2774640	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 1072020		\$ 9395940		\$ 6495180	\$ 2900760
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
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	---APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS		--HISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES	
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.	---EJECUTAR TRATAMIENTOS, INYECTOLOGIA, VENO PUNCIONES, CURACIONES, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS -		-----LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES SONDA Y CATETERES	
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	---APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS - - - -		----HISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES	
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.	---REGISTRO CLARO, CORTO Y CONCISO DE TODAS LAS ACTIVIDADES Y TRATAMIENTOS APLICADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA -- -		--HISTORIA DE LOS USUARIOS ATENDIDOS	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	--REALIZACION DE LA ENTREGA DE RECIBO DE TURNO SEGÚN PROGRAMACION, CUMPLIENDO PROTOCOLO INSTITUCIONAL -	--SUPERVISION DEL JEFE DEL SERVICIO
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---ACTUALIZAR EN LAS RUTAS PARA ORDENAR A LOS USUARIOS	---ACTUALIZAR EN LAS RUTAS PARA ORDENAR A LOS USUARIOS

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 de Anterior		\$ 2648520
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9473647840	-			
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	21					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000	
Salud					FAMISANAR		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570008380462872		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					AURELIANO MORENO PALACIOS		2024-10-28 14:14:58		
RECHAZADO SUPERVISOR					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2024-10-28 20:48:20		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					AURELIANO MORENO PALACIOS		2024-10-29 14:03:50		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2024-10-29 15:29:53		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-11-01 11:21:00		
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		2024-11-14 12:31:52		

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

ENFERMERO