| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-09-01 | **Hasta:** | 2024-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | | **Número de Documento:** | 57140612 | |
| **Correo Electrónico:** | Johana123hernandez@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3017413308 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1275-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 433 |
| **Perfil:** | ENFERMERO ESPECIALIZADO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J05TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 174 | 0 | 27330 | $4755420 | 93.5% |
| J05TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 0 | 18 | 19370 | $348660 | 6.9% |
| J02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 0 | 30 | 19370 | $581100 | 11.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 5685180** | **CINCO MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CIENTOOCHENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 12833460 | 1022 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 12956040 | 1547 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 11424480 | 2136 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 5801400 |
| 2 | MARZO | $ 5083380 |
| 3 | ABRIL | $ 4940100 |
| 4 | MAYO | $ 6361800 |
| 5 | JUNIO | $ 5500500 |
| 6 | JULIO | $ 6245580 |
| 7 | AGOSTO | $ 6177120 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 15250140** | **$ 52464120** | **$ 40109880** | **$ 12354240** |

| 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) Especializado(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. | Prestar servicios con estandares de calidad,oportunos y humanizados | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 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. | -Educar a los pacientes y cuidadores en estilos y habitosde vida saludables, en manejo de su patologia y tratamiento | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 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). | -Diligenciar correctamente los registros clinicos | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |

| 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. | -Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guias, protocolos y formatos institucionales | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 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. | -Conocer y aplicar protocolo de administracion de medicamentos | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. | -Identificacion y canalizacion a los servicios de salud. | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 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. | -Articulacion y canalizacion intersectorial según necesidades de los usuarios | -Historia Clinica - Sistema Dinamica |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales. | -Arqueo de Carro de paro según programacion y segumniento diario | -Carpeta, Acta y Registros de carro de paro |
| 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. | -Seguimiento y supervision al personal auxiliar de enfermeria de la unidad | -Formatos institucionales |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Seguimiento a los planes de manejo para que se ejecuten | -Historia Clinica |

## 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 | $ 6177120 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 1066486651 | - | | |
| **2024** | **AGOSTO** | **2024** | **09** | **10** | | | | |

| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | **SEIS MILLONES CIENTOSETENTA Y SIETE MIL CIENTOVEINTEPESOS** |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 2470848 | $ 395336 | **$ 395400** |
| Salud | | SURA | | $ 308856 | **$ 308900** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 60190 | **$ 60200** |
| Caja de Compensación | SI | CAFAM | **Total** | **$ 717090** | **$ 764500** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 110570008885 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | 2024-09-25 12:26:22 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ | 2024-09-25 13:13:30 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-09-28 07:37:50 |

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.



**ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-09-23, 01:39:47 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1066486651

**Periodo Cotización** 202408 **Periodo Servicio** 202408

## PAGADA 2024-09-10 14:49:33.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHANA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | | | | |
| **Documento** | CC 57140612 | **Dirección** | CL 47C SUR #26 C - 48 AP 305 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3013734167 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 57140612 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | HERNANDEZ MANJARRES JOHANA PATRICIA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | **Código AFP** | **Código Tras. AFP** | **Tarifa AFP** | **IBC** | **Total Aporte AFP** | **Total Aporte FSP** | **Total Aporte FSPS** | **Código EPS** | **Código Tras. EPS** | **Tarifa EPS** | **IBC EPS** | **Aporte Salud** | **Aporte UPC** | **Código ARL** | **Clase Riesgo** | **Tarifa ARL** | **IBC ARL** | **Aporte Riesgos** | **Código CCF** | **Tarifa CCF** | **IBC CCF** | **Aporte Caja** | **Tarifa SENA** | **Aporte SENA** | **Tarifa ICBF** | **Aporte ICBF** |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 2.470.848 | 230301 | | 16 % | $ 2.470.848 | $ 395.400 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 2.470.848 | $ 308.900 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 2.470.848 | $ 60.200 | CCF24 | 0,6 % | $ 2.470.848 | $ 14.900 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 395.400 | $ 0 | $ 0 | $ 308.900 | $ 60.200 | $ 14.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 779.400 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## Ejecución del Contrato

*blank*

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

*blank*

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ENERO 2024, CTO No.1501-23.....pdf (Archivado) | ENERO 2024, CTO No.1501-23.....pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO 2024-CTON1275-24 | 1275-2024 ferbrero johana hernndez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | marzo 1275-2024.pdf | marzo 1275-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 1275-2024 | johana abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2024 CONTRATO N°1275-24 | ilovepdf_merged (50).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2024 CONTRATO N°1275-24 | 1275-2024 juniopdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2024 CONTRATO N°1275-24.pdf | CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2024 CONTRATO N°1275-24.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1275 agosto.pdf | 1275 agosto.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Scanned with CamScanner

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

RXPyw9lrJ5

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

HERNANDEZ MANJARRES JOHANA PATRICIA

57140612

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## Estrategias del Programa de uso racional y Optimización de antimicrobianos (PROA) V2

Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:

septiembre 12, 2024

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Vigencia de 1 año

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

vCHA7jDpyD

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

HERNANDEZ MANJARRES JOHANA PATRICIA

57140612

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: septiembre 12, 2024

Vigencia de 1 año

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

INFECCIÓN

Área personal
Inicio del sitio
Calendario
Archivos privados
Mis cursos
TECNO
ESTERILIZACIÓN
PROAV2
PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA
PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA EN UNIDAD

# Opciones de matriculación

## SOCIALIZACIÓN GUÍA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN ADULTOS



No se puede matricular en este curso.

Continuar