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:	ANGIE NATALY DURAN SANCHEZ		**Número de Documento:**	1023016086	
Correo Electrónico:	mynatis.natis@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3209431420	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2636-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A34JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS TUNJUELITO	186	31	8980	$1948660	116.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1948660**	**UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS 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	$ 4763460	1013
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3891120	1541
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 3891120	2136

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1954860
2	MARZO	$ 1954860

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1954860
4	MAYO	$ 1948660
5	JUNIO	$ 1948660
6	JULIO	$ 1948660
7	AGOSTO	$ 1948660
8	SEPTIEMBRE	$ 1948660

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5010840	**$ 17556540**	**$ 15607880**	**$ 1948660**

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	Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica eléctrica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados.	--base de datos
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.	--Promover dentro de los centros de servicio de salud pertenecientes a la Subred Sur, el programa de atención médica domiciliaria, brindando charlas educativas a nivel individual, familiar y comunitario, tanto a los usuarios como al personal perteneciente a la entidad, con el fin de educar y promover el servicio.	-Historia clínica, registro en dinámica
3	3). Registrar en la historia clínica la informaciòn 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)	-Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica eléctrica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados.	-Historia clínica, registro en dinámica
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.	-Generar el diligenciamiento adecuado de la documentación establecida dentro del protocolo de servicio como: notas de enfermería, registro de signos vitales, administración de medicamentos, procedimientos realizados, tanto en documentos físicos como en herramientas de digitalización de la información en el sistema.	--Historia clínica, registro en dinámica
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.	-Entregar y explicar a cada paciente y sus familiares información acerca de su tratamiento: como su funcionalidad, como y cuando debe ser administrado, los cuidados generales e información de nutrición entre otros, para asegurar el manejo del debido de sus patologías.	-Historia clínica, registro en dinámica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Mantenerse actualizado en cuanto a cursos y capacitaciones relacionadas con la mano de obra, para garantizar una adecuada prestación del servicio.	-Plataforma MAO

© Siasur - 2024

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	$ 1948660
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1065842873	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**23**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS SESENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 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**	488410320003

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE SASNCHEZ DURAN NATALY	2024-09-23 16:17:00
RECHAZADO SUPERVISOR	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-09-23 21:30:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE SASNCHEZ DURAN NATALY	2024-09-25 12:02:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-09-26 11:02:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-09-28 16:18:30
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	2024-10-11 10:38:30

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.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

© Siasur - 2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-23, 10:59:21 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065842873

Periodo Cotización 202408 **Periodo Servicio** 202408

Cliente:

PAGADA 2024-09-23

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE NATALY DURAN SANCHEZ				
Documento	CC 1023016086	**Dirección**	CL 95 B14 J 24		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3209431420		
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 1023016086		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					DURAN SANCHEZ ANGIE NATALY	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	0			$ 1.300.000	230201		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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!

BANCO_DAVIVIENDA@davivienda.com 10:53 a.m. (hace 5 horas)

para mí

Apreciado(a) ANGIE NATALY:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****0003:

Fecha:2024/09/23
Hora:10:53:27
Valor Transacción: $403,500
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE SIMPLE OI

BANCO DAVIVIENDA

...

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

blanco

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Identificación 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

blanco

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	ENERO -2636-2024.pdf (Archivado)	ENERO -2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	febrero -2636-2024.pdf (Archivado)	febrero -2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO-2636-2024.pdf	FEBRERO-2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MARZO -2636-2024.pdf (Archivado)	MARZO -2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2636-2024.pdf	CUENTA MARZO 2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL- 2636-2024.pdf	ABRIL- 2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Cuenta mayo -2636-2024 (Archivado)	ilovepdf_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA JULIO -2636-2024.pdf (Archivado)	CUENTA JULIO -2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2636-2024.pdf	CUENTA MAYO 2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO -2636-2024.pdf	CUENTA JUNIO -2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 2636-2024.pdf	CUENTA JULIO CTO 2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta agosto- cto 2636-2024.pdf	cuenta agosto- cto 2636-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

p1Psn4KiSu

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

DURAN SANCHEZ ANGIE NATALY

1023016086

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

IMPLEMENTACIÓN MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS TELESALUD

Con una intensidad horaria de : 6 horas

Para constancia se expide:

septiembre 25, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ