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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	BLANCA CECILIA RAMIREZ MENDEZ		**Número de Documento:**	39618748	
Correo Electrónico:	bcrm_05@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3128080368	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1913-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
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	186	36	10510	$2333220	119.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2333220**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 5002760	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 4897660	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 2648520	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 3290280	2617
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 1954860	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 1954860
3	ABRIL	$ 2017920
4	MAYO	$ 2017920
5	JUNIO	$ 2080980
6	JULIO	$ 2522400
7	AGOSTO	$ 2396280
8	SEPTIEMBRE	$ 2080980
9	OCTUBRE	$ 2333220

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5864580	**$ 21703800**	**$ 19359420**	**$ 2344380**

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, revision de la historia clincia electronica,registro de actividades de cada uno de los paciente asignados	-Registro en la Historia clinica
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.	-Participar en la educacion del paciente y cuidador sobre habitos de la vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte medica.	-Registro en la Historia clinica
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.	-Diligenciar de manera clara y oportuna, los cuidados de enfermeria para cada paciente de acuerdo a su patologia y manejo clinico.	-Historia Clinica, recibo y entrega de turno
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.	-Asistir a induccion y reinduccion establecida por la SUB RED SUR o entidades autorizadas por esta misma.	-Informe de Gestion

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Participar en la educacion del paciente y la familia sobre el ambito de vida saludable y su autocuidado.	-Historia Clinica
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia al Profesional para la realizacion de actividades propias del servicio y la condicion clinica del paciente.	-Sistema Dinamica

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	$ 2080980
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8632966512	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**15**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES OCHENTA MIL NOVECIENTOS OCHENTAPESOS

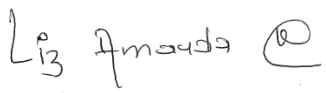
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 208800**
Salud		NUEVA EPS		$ 162500	**$ 163100**
ARL	3	POSITIVA		$ 31668	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 403800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	570450170016163

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA CECILIA RAMIREZ MENDEZ	2024-10-25 17:04:35
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2024-10-25 18:05:58
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA CECILIA RAMIREZ MENDEZ	2024-10-29 14:04:09
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2024-10-29 17:27:53
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA CECILIA RAMIREZ MENDEZ	2024-10-29 19:45:29
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2024-10-29 21:40:34
RECHAZADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-31 09:14:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	BLANCA CECILIA RAMIREZ MENDEZ	2024-10-31 09:24:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2024-10-31 09:27:18
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-02 13:35:09
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 11:18:30

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.



LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	BLANCA CECILIA RAMIREZ MENDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-39618748
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-10-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-10-15
FECHA DE PAGO:	2024-10-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2024-09
PERÍODO SALUD:	2024-09
NÚMERO PLANILLA:	8632966512
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8665074553
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 600	$ 162.500	$ 163.100
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 800	$ 208.000	$ 208.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 31.700	$ 31.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 402.200	$ 403.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/11/2024

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

Contrato actualizado

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		
☐	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2024 CONTRATO N° 1913-24.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2024 CONTRATO N° 1913-24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2024 CONTRATO N° 1913-24.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2024 CONTRATO N° 1913-24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2024 CONTRATO N° 1913-24.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2024 CONTRATO N° 1913-24.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2024 CONTRATO N° 1913-24..pdf	CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2024 CONTRATO N° 1913-24..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2024 CONTRATO No.1913-24 (1).pdf	INFORME JUNIO 2024, CTO No.1913-24 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2024 CONTRATO No.1913-24.pdf.pdf	CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2024 CONTRATO No.1913-24.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2024 CONTRATONo.1913-24.pdf	INFORME AGOSTO 2024, CTO No.1913-24.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2024 CONTRATO N°1913-24	ENVÍO INFORME DE SEPTIEMBRE, CTO No.1913-24 (1).eml	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >