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:	YENNY CATHERINE GARZON NARVAEZ		**Número de Documento:**	1033700136	
Correo Electrónico:	cate2653@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3209247849	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1434-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	ENFERMERO				
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
I05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	30	19370	$4067700	112.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4067700**	**CUATRO MILLONES SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS PESOS**					

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	$ 12551760	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 8484060	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 6043440	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 5423600	2617
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 4416360	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 4997460
3	ABRIL	$ 4532580
4	MAYO	$ 3951480
5	JUNIO	$ 4300140
6	JULIO	$ 3719040
7	AGOSTO	$ 4532580
8	SEPTIEMBRE	$ 4300140

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10808460	**$ 43311320**	**$ 34749780**	**$ 8561540**

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) 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.	-CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR Y EL SERVICIO DE PEDIATRIA	-HISTORIA CLINICA-PLAN DE CIUDADOS
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.	-DAR INDICACION A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO DE LA INSTITUCION	-HISTORIA CLINICA
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)	-REGISTRAR EN HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FISICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO AL USUARIO Y REGISTRAR NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
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.	-PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS , GUIAS Y DEMAS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO CON LA SOCIALIZACION	-FORMATOS-GUIAS-PROTOCOLOS -PROCEDIMEINTOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	-HISTORIA CLINCIA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-ACTUALIZARSE EN LAS RUTAS DE SALUD DE LA SUB RED PARA PODER ORIENTAR A LOS USUARIOS	-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
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.	-PARTICIPAR EN LA REVISTA MEDICA Y VALORACION A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	-REVISTA MEDICA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-REALIZAR LA REVISON DEL CARRO DE PARO SEGÚN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES	-CARPETA FORMATOS CARRO DE PARO INSTITUCIONES
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.	-VERIFICAR LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y HACER RETROALIMENTACION DE LOS MISMOS CON EL PERSONAL AUXILIAR DEL SERVICIO	-HISTORIA CLINICA -AUDITORIAS
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-LAS QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION	-LAS QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCION

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**	$ 4300140
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9475589256	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**18**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL CIENTOCUARENTAPESOS**			

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1720056	$ 275209	**$ 277100**
Salud		FAMISANAR		$ 215007	**$ 216500**
ARL	3	SURA		$ 41901	**$ 42300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 499195**	**$ 535900**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24067181434

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YENNY CATHERINE GARZON NARVAEZ	2024-10-26 09:37:19
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-10-29 08:21:30
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YENNY CATHERINE GARZON NARVAEZ	2024-10-29 17:14:26
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-10-29 20:59:12
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-01 09:14:48

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 LEGUIZAMON
ENFERMERO

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033700136		GARZON NARVAEZ YENNY CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 34 1 A 40 IN 9 CS 357	SOACHA-CUNDINAMARCA	9001125	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	989356170	9475589256	I	2024/10/09	2024/10/18	BANCO CAJA SOCIAL	9	$535,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,720,100	$275,300			$1,720,100	$215,100			$0	$0			$1,720,100	$42,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,720,100	$275,300			$1,720,100	$215,100			$0	$0			$1,720,100	$42,000		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,720,100	$275,300			$1,720,100	$215,100			$0	$0			$1,720,100	$42,000		$0	$0
1	CC 1033700136	GARZON YENNY	231001	30	$1,720,100	$275,300	EPS017	30	$1,720,100	$215,100		0	$0	$0	14-11	30	$1,720,100	$42,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,720,100	$275,300			$1,720,100	$215,100			$0	$0			$1,720,100	$42,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033700136		GARZON NARVAEZ YENNY CATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 34 1 A 40 IN 9 CS 357	SOACHA-CUNDINAMARCA	9001125	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	989356170	9475589256	I	2024/10/09	2024/10/18	BANCO CAJA SOCIAL	9	$535,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,300	$1,800	$0	$277,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$275,300	$1,800	$0	$277,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,000	$300	$0	$42,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,000	$300	$0	$42,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,100	$1,400	$0	$216,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$215,100	$1,400	$0	$216,500
TOTAL				1	$532,400	$3,500	$0	$535,900

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

○ 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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	cuenta enserio 1434-2024.pdf (Archivado)	cuenta enserio 1434-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta enero 1434-2024.pdf (Archivado)	cuenta enero 1434-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta febrero 1434-2024.pdf	cuenta febrero 1434-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta marzo 1434-2024.pdf (Archivado)	cuenta marzo 1434-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cto 1434-2024 marzo2024.pdf	cto 1434-2024 marzo2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No. 1434-2024 ABRIL 2024.pdf	CTO No. 1434-2024 ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO. No. 1434-2024 Mayo 2024.pdf (Archivado)	CTO. No. 1434-2024 Mayo 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No.1434-2024 MAYO 2024.pdf	CTO No.1434-2024 MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO. No. 1434-2024 Junio 2024.pdf (Archivado)	CTO. No. 1434-2024 Junio 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CONTRATO1434 -2024 JUNIO 2024.pdf	CONTRATO1434 -2024 JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO No-1434-2024 JULIO 2024.pdf	CTO No-1434-2024 JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO1434 -2024 AGOSTO 2024.pdf	CTO1434 -2024 AGOSTO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1434 -2024 SEPTIEMBRE 2024.pdf	CTO 1434 -2024 SEPTIEMBRE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >