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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	LICETH YINETH ROMERO CASTRO		**Número de Documento:**	1023953644	
Correo Electrónico:	coneja1315@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3112422061	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1989-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS 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	0	10510	$1891800	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1891800**	**UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS 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	$ 3972780	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 3972780	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 3342180	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 2017920	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 1828740	2773
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 2017920
2	MARZO	$ 2017920
3	ABRIL	$ 1891800
4	MAYO	$ 1891800
5	JUNIO	$ 1513440
6	JULIO	$ 2017920
7	AGOSTO	$ 1891800
8	SEPTIEMBRE	$ 1891800
9	OCTUBRE	$ 1891800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5864580	**$ 20998980**	**$ 17026200**	**$ 3972780**

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 entrego de turno, revisión de la historia clínica, registro de actividades de cada paciente asignado	-Registro en historias clínicas
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.	-Informar, asistir, prevenir la importancia del auto cuidado a los pacientes y famil9iares de acuerdo a las condiciones en que se encuentren	-Explicación colara y oportuna de la información requerida.
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.	-Revisar y registrar en la historia clínica el paciente la evolución del mismo e informar sobre su estado de salud a todas las personas que les deba interesar.	-Historia clínica y notas de enfermería.
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.	-Verificar, elaborar, informar, diligenciar, consultar y/o estudiar documentos o formatos propios y acorde a los casos pertinentes	-Historias clínicas y demás documentos institucionales.

© Siasur - 2024

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 educación del paciente y cuidador sobre hábitos de vida saludables, reforzado las recomendaciones de la parte medica.	-Mesa de ayuda sub red sur- sistema dinámica.
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Apoyar, fomentar y fortalecer las actividades propias de enfermería bajo los parámetros del cuidado del paciente.	-Historia clínica, participación, información verbal y escrita en los diferentes documentos institucionales.

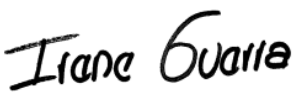
© Siasur - 2024

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**	$ 1891800
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8381825917	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**18**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 208600**
Salud					SÁNITAS		$ 162500	**$ 163000**
ARL				3	SURA		$ 31668	**$ 31800**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 403400**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550488422424678

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LICETH YINETH ROMERO CASTRO	2024-11-25 16:38:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-11-26 11:03:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-30 07:56:25

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