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:	KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE		**Número de Documento:**	53102386	
Correo Electrónico:	kata617@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3004028193	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4547-2024	**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
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	0	19370	$3486600	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3486600**	**TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-22		**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	$ 9297600	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 4881240	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 7089420	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 3254160	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 4183920	2773
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ABRIL	$ 4067700
2	MAYO	$ 3719040
3	JUNIO	$ 3486600
4	JULIO	$ 3486600
5	AGOSTO	$ 3719040
6	SEPTIEMBRE	$ 3486600
7	OCTUBRE	$ 3486600
8	NOVIEMBRE	$ 3486600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4648800	**$ 33355140**	**$ 28938780**	**$ 4416360**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-CUMPLIR CON EL OBJETO DE CONTRATO EN COORDINACIÓN CON EL SUPERVISOR DE ESTE, ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR Y EL SERVICIO DE PEDIATRÍA	-CARPETAS DE FORMATO DE CARRO DE PARO INSTITUCIONALES
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 INDICACIÓN A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO DE LA INSTITUCIÓN	-HISTORIA CLÍNICA
3	Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique, sustituya).	-REGISTRAR EN HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FÍSICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO AL USUARIO Y REGISTRAR NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS.	-HISTORIAS CLÍNICAS - AUDITORIAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS, GUÍAS, Y DEMÁS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO CON LA SOCIALIZACIÓN	-FORMATOS, GUÍAS PROTOCOLOS, PROCEDIMIENTOS
5	Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción medica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institucion.	-APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	-HISTORIA CLÍNICA
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 LA SALUD DE LA SUBRED PARA PODER BRINDAR UNA ADECUADA ORIENTACIÓN A LOS USUARIOS.	-HISTORIAS CLÍNICAS - AUDITORIAS
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	-HISTORIAS CLÍNICAS - AUDITORIAS
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-REALIZAR REVISION DE CARRO DE PARO SEGUN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DIAS DEL MES	-CARPETAS DE FORMATO DE CARRO DE PARO INSTITUCIONALES
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	-CARPETAS DE FORMATO DE CARRO DE PARO INSTITUCIONALES	-HISTORIA CLINICAS - AUDITORIAS
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-LAS QUE ESTABLEZCA LA INSTITUCIÓN	-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	$ 3486600
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7945232506	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**12**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**TRES MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS PESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1394640	$ 223142	**$ 342800**
Salud		SÁNITAS		$ 174330	**$ 267800**
ARL	3	SURA		$ 33973	**$ 52200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 404752**	**$ 662800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0570000570120055

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE	2024-11-27 12:46:02
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-11-27 13:03:09
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE	2024-11-29 21:21:31
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-11-30 06:37:30
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-02 09:35:27
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	2024-12-11 11:05:56

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

IRENE GUERRA LEGUIZAMON

© Siasur - 2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53102386
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KATHERINE HASBLEIDY VALENCIA TIMOTE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 49 SUR NO 77Q - 19	TELÉFONO:	2641187
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7945232506**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1044967649

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 342.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 342.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 267.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 267.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 42.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 52.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 52.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 705.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 705.700**

Planilla Pagada