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:	AURELIANO MORENO PALACIOS		**Número de Documento:**	1077444182	
Correo Electrónico:	aurelianomrn@gmail.com		**Número Telefónico:**	3214621847	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6384-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1547
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
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	60	10510	$2585460	132.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2585460**	**DOS MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-08-15		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-08-01	2024-10-31	1	$ 5066800	2136
2	2024-10-01	2024-11-30	2	$ 3257120	2617
3	2024-11-01	2024-12-31	3	$ 2333220	2773

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	AGOSTO	$ 1072020
2	SEPTIEMBRE	$ 2648520

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	OCTUBRE	$ 2774640
4	NOVIEMBRE	$ 2585460

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1072020	**$ 11729160**	**$ 9080640**	**$ 2648520**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	--APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS	---HISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES
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.	--EJECUTAR TRATAMIENTOS, INYECTOLOGIA, VENO PUNCIONES, CURACIONES, TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS, LAVADO E HIGIENIZACION DE MANOS - -----	-LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES SONDA Y CATETERES
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	--APLICACIÓN DE LOS PROTOCOLOS, GUIAS Y MANUALES INSTITUCIONALES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS - -- - - ----	-HISTORIAS CLINICAS Y LISTA DE CHEQUEO DE INFECCIONES
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.	---REGISTRO CLARO, CORTO Y CONCISO DE TODAS LAS ACTIVIDADES Y TRATAMIENTOS APLICADOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA -- -	---HISTORIA DE LOS USUARIOS ATENDIDOS
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.	--REALIZACION DE LA ENTREGA DE RECIBO DE TURNO SEGÚN PROGRAMACION, CUMPLIENDO PROTOCOLO INSTITUCIONAL	--SUPERVISION DEL JEFE DEL SERVICIO
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	----ACTUALIZAR EN LAS RUTAS PARA ORDENAR A LOS USUARIOS	----ACTUALIZAR EN LAS RUTAS PARA ORDENAR A LOS USUARIOS

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	$ 2774640
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9476996099	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	25				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	$ 208000
Salud		FAMISANAR		$ 162500	$ 162500
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 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	0570008380462872

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURELIANO MORENO PALACIOS	2024-11-25 19:30:14
RECHAZADO SUPERVISOR	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-11-26 10:46:53
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	AURELIANO MORENO PALACIOS	2024-11-27 22:10:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2024-11-29 10:30:13
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-01 19:18:11
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 11:06:09

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
ENFERMERO
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024