

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.						
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-03-19	Hasta:	2025-03-31			
Nombre del Contratista:	LEOJANER ROJAS MORA			Número de Documento:	1050066874		
Correo Electrónico:	leojanerr18@gmail.com			Número Telefónico:	3017013147		
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-09		
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	5208-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26		
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA						
Dirección a la que Pertenecce:	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	54	0	11519	\$622026	72.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 622026	SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL VEINTISEISPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato	2025-03-19		Fecha de Terminación del Contrato Inicial			2025-08-31	
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar				
1	MARZO		\$ 622026				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS			SALDO DEL CONTRATO	
\$ 11855355	\$ 11855355		\$ 622026			\$ 11233329	
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 Garantía 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 intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea 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), 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 enfermería 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 -	--REALIZACION DE LA ENTREGA DE RECIBO DE TURNO SEGÚN PROGRAMACION, CUMPLIENDO PROTOCOLO INSTITUCIONAL -
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 DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488413233013
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO	FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			LEOJANER ROJAS MORA	2025-03-31 11:44:09	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			LEOJANER ROJAS MORA	2025-03-31 11:46:21	
ACEPTADO SUPERVISIÓN			IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-03-31 11:47:20	
ACEPTADO CONTRATACIÓN			JENNY PATRICIA MORENO GONZALEZ	2025-04-02 09:52:00	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA			ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-04-14 16:20:57	

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