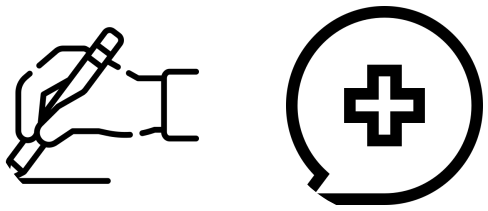
CONTRATACIÓN



Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	1 de noviembre de 2025	**Hasta:**	30 de noviembre de 2025	
Nombre del Contratista:	YILMAR DUBAN ZAMBRANO JIMÉNEZ		**Número de Documento:**	1033736694	
Correo Electrónico:	yilmar_01020328@hotmail.com		**Número telefónico:**	3202191834	
Nombre del supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMÓN	**Carga:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3885-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERÍA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Rubro presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
J03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	132	0	11519	1520508	71.0%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**1520508**	**UN MILLÓN DE QUINIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		21 de enero de 2025		**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2025-09-20
No. Prórroga	**Fecha de inicio**	**Fecha de terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	11 de agosto de 2025	31-10-2025	1	3006459	1314
2	2025-10-20	30 de noviembre de 2025	2	1589622	1767
3	27 de noviembre de 2025	16 de enero de 2026	3	1313166	1956

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	691140
2	FEBRERO	1658736
3	MARZO	2280762
4	ABRIL	2211648
5	MAYONESA	2142534
6	JUNIO	2453547

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
7	JULIO	1935192
8	AGOSTO	1520508
9	SEPTIEMBRE	1520508
10	OCTUBRE	1796964
11	NOVIEMBRE	1520508

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
17140272	**23049519**	**19732047**	**3317472**

	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 ESE, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR ESE, 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 del contrato en coordinación con el supervisor acordes con las necesidades del servicio
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 comunitario.	--Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario. Brindar información a los usuarios acerca de las normas de bioseguridad normas de ingreso acordes a la necesidad de los usuarios.	-brindar información a los usuarios acerca de las normas de bioseguridad normas de ingreso acordes a la necesidad de los usuarios
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.	-Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultáneamente o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que definen el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifica,sustituya), e informar de forma adecuada a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente	-registrador de actividades realizadas de acuerdo a las órdenes médicas
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.	--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.	-contribuir en el proceso de atención segura al paciente
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.	-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	-contribuir en el proceso de atención segura al paciente
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.	--las que designe al supervisor

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**
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**12**	**01**	9494263820	-
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CEROPESOS**				
Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**		**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Pensionado	NO	PORVENIR	1423500	227760	228600
Salud		FAMISANAR		177938	178600
ARL	3	SURA		34676	34900
Caja de Compensación	NO		**Total**	**440374**	442100
Tipo de pago		MES VENCIDO	1764609443 - Planilla Seguridad Social - 1033736694		

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550008000771322

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur