Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	YEISON FABIAN LIEVANO ALFARO		**Número de Documento:**	1024504180	
Correo Electrónico:	yeissonlievano.2603@gmail.com		**Número telefónico:**	3224847477	
Nombre del supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4296-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
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	Acciones
J02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	24	11519	2349876	109.7%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2349876**	**DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEISPESOS**						

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-21		**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	3041016	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	2073420	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	2004306	1956

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	760254
2	FEBRERO	1935192
3	MARZO	2280762
4	ABRIL	2280762
5	MAYO	2211648

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
6	JUNIO	2073420
7	JULIO	2073420
8	AGOSTO	2211648
9	SEPTIEMBRE	2073420
10	OCTUBRE	2073420

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
17140272	**24259014**	**19973946**	**4285068**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	ACCIONES
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 ENTREGA DE TURNO ,REVISION DE LA HISTORIA CLINICA,REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES DE CADA UNO DE LOS PACIENTES.	--REGISTRO DE HISTORIA CLÍNICA	
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, ASISITIR Y PREVENIR LOS PACIENTES Y LOS FAMILIARES DE ACUERDO A LA CONDICION QUE SE ENCUENTRE.	--REGISTRO DE HISTORIA CLINICA	
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 CLINICA DEL MISMO E INFORMAR SOBRE SU ESTADO DE SALUD A TODOS LOS QUE LES DEBA INTERESAR.	-- HISTORIA CLINICA, NOTAS DE ENFERMERIA	
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,INFORMAR Y ELABORAR DOCUMENTOS PROPIOSY ACORDES A LOS CASOS PERTINENTES.	--HISTORIA CLINICA Y DEMAS DOCUMENTOS Y FORMATOS INSTITUCIONALES	
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 EDUCACION DE VIDA SALUDABLEY REFORZAR LAS RECOMENDACIONES MEDICAS. -	- MESA DE AYUDA SUBRED SUR Y SISTEMA DINAMICA.	
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-APOYAR Y FORTALECERLAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA BAJO LOS PARAMETROS DE CUIDADOS DEL PACIENTE. HSTORIA CLINICA,	---NFORMACION VERBALY ESCRITA DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOSINSTITUCIONALES. INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	

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	2073420
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1076355011	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**12**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS**						

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	1423500	227760	227800
Salud		SÁNITAS		177938	178000
ARL	3	POSITIVA		34676	34700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**440374**	440500
Tipo de pago		MES VENCIDO	1764260414 - Planilla Seguridad Social - 1024504180		

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	63847822653

Observaciones:

- CAMBIAR SUPERVISOR DE CONTRATO CORRESPONDE A LAJEFE IRENE GUERRA LEGUIZAMON

Editar Cuenta de Cobro

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Versión: 3.4.5