Utilidades Administrativas Utilidades Asistenciales

VER INFORME DE ACTIVIDAD

Inicio / Contratacion / Informe Actividades / Ver Informe de Actividad

Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	MARIA ELENA MUÑOZ GARZON		**Número de Documento:**	52860488	
Correo Electrónico:	elenamy311@hotmail.com		**Número telefónico:**	3144141656	
Nombre del supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4014-2025	**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
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	0	11519	2142534	100.0%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2142534**	**DOS MILLONES CIENTOCUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATROPESOS**					

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	4077726	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	3386586	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	2073420	1956
4	2025-12-11	-	4	1877597	2122

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	967596
2	FEBRERO	2280762
3	MARZO	2695446
4	ABRIL	2349876
5	MAYO	2073420
6	JUNIO	2142534
7	JULIO	2142534

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
8	AGOSTO	2971902
9	SEPTIEMBRE	2626332
10	OCTUBRE	2142534
11	NOVIEMBRE	2902788

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
17140272	**28555601**	**25295724**	**3259877**

	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.	---Cumplir con el objetivo del contrato en coordinación con el supervisor acorde a las necesidades de los usuarios de la subred su	-Auditorias
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.	-Brindar información a los usuarios acerca de normal de bioseguridad y seguridad del paciente.	---Historia clínica
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 las actividades realizadas a los usuarios de manera oportuna y veraz	-historia clínica
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.	Participar en la capacitación de protocolos, guías y de más ponerlos en práctica	-formatos -guias -protocolos -procedimientos
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.	-Contribuir actualmente en el proceso de atención segura para seguir la recuperación de los usuarios durante la hospitalización	-Historia clínica
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---Disponer de los elementos para los procedimientos que requiera el paciente según necesidad	-Historia clínica

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	2902788
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1077402082	-		
2025	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES NOVECIENTOS DOS MIL SETECIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	1423500	227760	**227800**
Salud		SALUD TOTAL		177938	**178000**
ARL	3	SURA		34676	**34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**440374**	**440500**
Tipo de pago		MES VENCIDO	**1765836171 - Planilla Seguridad Social - 52860488**		

INFORMACIÓN DE PAGO

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	447331976

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Versión: 3.4.5