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:	LAURA EVELIN CARREÑO VALENZUELA		**Número de Documento:**	1013675785	
Correo Electrónico:	evelinvalenzuela163@gmail.com		**Número telefónico:**	3107806861	
Nombre del supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3819-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
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
J09ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	54	21230	5095200	129.0%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**5095200**	**CINCO MILLONES NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS**					

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	10572540	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	6751140	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	4967820	1956
4	2025-12-11	-	4	530750	2122
5	2025-12-19	-	5	1019062	2174

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	1528560
2	FEBRERO	4585680
3	MARZO	4203540
4	ABRIL	4713060
5	MAYO	5349960
6	JUNIO	4967820

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
7	JULIO	4713060
8	AGOSTO	4967820
9	SEPTIEMBRE	4840440
10	OCTUBRE	4585680
11	NOVIEMBRE	4585680
12	DICIEMBRE	5095200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
31590240	**55431552**	**54136500**	**1295052**

	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 Enfermero(a) 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 de este contrato a las necesidades de los usuarios de la subred	-Historia clinica y plan de cuidado
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 comunitaria.	-Dar indicación a los usuarios acerca del plan de tratamiento durante la estancia hospitalario y al egreso	-Historia clínica
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), 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).	-Registrar en la historia clínica el tratamiento administrado al usuario y las novedades que se llegasen a presentarse	-Historia clinica
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.	-Participar activamente en la elaboración actualización de guías y demás formatos correspondientes	-Formatos guías protocolos y procedimientos
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	-Aplicar los conocimientos profesionales apoyados en los 10 correctos de la administración de medicamento	-Historia clinica
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Reconocer y poner en práctica las rutas y procedimientos para la adecuada orientación del usuario	-Historia clínica
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	-Participar en la revista medica y valoración de los pacientes de las diferentes disciplinas	-Revista medica
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-Realizar respectivamente el seguimiento del carro dentro de los primeros 5 días del mes acorde al cronograma	-Formatos institucional del carro de paro
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Evaluación establecida por la institución	-Evaluación establecida por la institución

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	4585680
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	92367294	-		

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

2025	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**15**

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CUATRO MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	1834272	293484	293500
Salud		SÁNITAS		229284	229300
ARL	3	POSITIVA		44683	44700
Caja de Compensación	NO		**Total**	**567451**	567500
Tipo de pago		MES VENCIDO	**1765828435 - Planilla Seguridad Social - 1013675785**		

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550462300098631

Copyright ©2026 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur