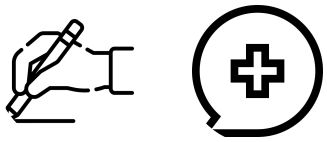
VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-01-01	**Hasta:**	2026-01-31	
Nombre del Contratista:	DAISY MILENA ARENAS LOPEZ		**Número de Documento:**	53167423	
Correo Electrónico:	milenarenaslopez@hotmail.com		**Número telefónico:**	3133620787	
Nombre del supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3202-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	0	11519	691140	32.3%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	0	11519	691140	32.3%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	0	11519	691140	32.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2073420**	**DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminacion	No. Adicion	Valor Adicion	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	2833674	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	2407471	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	2361395	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	2073420	82
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ENERO	760254
2	FEBRERO	1935192
3	MARZO	2142534
4	ABRIL	2073420
5	MAYO	2211648
6	JUNIO	1981268
7	JULIO	2603294
8	AGOSTO	2177091
9	SEPTIEMBRE	2073420
10	OCTUBRE	2142534
11	NOVIEMBRE	1935192
12	DICIEMBRE	2142534
13	ENERO	2073420

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
17140272	**26816232**	**26251801**	**564431**

	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.	Servicios de per | (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 otros términos concordantes	-Historia Clinica
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.	Actividades de la información, educación, comunicación, promoción de la prevención y la autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario. Para el mes de agosto de 2024 se realiza esta actividad	-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.	Secretario en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados enfermeria, tal vez o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cilenca (lógica, clara, completa) y otros criterios que de na el Ministerio de Salud Social o Entes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 , para el mes de agosto de agosto de realización 2024 actividad de registro en hc	-Historia Clinica
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 el proceso de alta temprana, el control del conocimiento del paciente y la familia en la promoción de hábitos sanentos, autocuidado y cuidados especín cos de acuerdo a acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejar de escribir en la historia clínica y optar a lo documentos por la institución, en septiembre	-Historia Clinica
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.	Elaboración de la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, la misma aplicación del consentimiento informado en los casos relevantes que garantizan las normas universales de bioseguridad. Para el mes de agosto no se realiza esta actividad	-Historia Clinica
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Otras actividades propias del personal que se fortalecen el desarrollo de las actividades misionales.	-Historia Clinica

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**	2142534	
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1077516588	-			
2025	**DICIEMBRE**	**2026**	**01**	**06**					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES CIENTOCUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATROPESOS**							
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				SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**440374**	**440500**	
Tipo de pago					-	1768967639 - Planilla Seguridad Social - 53167423			

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	66912408907

Copyright ©2026 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

Versión: 3.4.5