

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-02-01	Hasta:	2024-02-29
Nombre del Contratista:	YURI ARIAS MARTINEZ		Número de Documento:	1033729636
Correo Electrónico:	yurymar11@hotmail.com		Número Telefónico:	3214678810
Nombre del Supervisor:	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2060-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	433
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	84	10510	\$2774640	141.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2774640	DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 2774640	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5864580	\$ 5864580	\$ 2774640	\$ 3089940

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 E.S.E, 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 acorde a las necesidades de los usuarios de la subred	-Historias Clínicas
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.	-Brindar información a los usuarios acerca de normas de bioseguridad y seguridad del paciente	-Historia clínica
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 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	-Auditorio clínico
4	4). 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.	-Participar en la capacitación de protocolos guías y demás y ponerlos en práctica	-Protocolos guías y proyectos
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.	-Contribuir activamente en el proceso de atención segura para asegurar la recuperación de los usuarios durante la hospitalización	-Historia Clínica
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Contribuir con actividades establecidas por la subred. en mejora del paciente	-Las establecidas 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	\$ 2837700
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	ENERO	2024	02	13	8374249444	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1256666.6666667	\$ 201067	\$ 208000
Salud					COMPENSAR		\$ 157083	\$ 162500
ARL				3	POSITIVA		\$ 30612	\$ 31700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 364710	\$ 402200

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4522015406

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ARIAS MARTINEZ	2024-02-26 11:26:13
RECHAZADO SUPERVISOR	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-26 16:14:01
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ARIAS MARTINEZ	2024-02-26 20:23:10
RECHAZADO SUPERVISOR	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-28 10:09:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ARIAS MARTINEZ	2024-02-28 13:57:21
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ARIAS MARTINEZ	2024-02-28 13:58:43
RECHAZADO SUPERVISOR	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-28 21:44:43
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ARIAS MARTINEZ	2024-02-29 08:45:07
RECHAZADO SUPERVISOR	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-29 08:53:23
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YURY ARIAS MARTINEZ	2024-02-29 09:21:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO	2024-02-29 10:53:09
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-03-01 10:56:48

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-03-12 11:13:13

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



ELSA MILENA ARISMENDY PATARROYO
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YURY ARIAS MARTINEZ
No. Identificación: CC1033729636
Dirección: CARRERA 17A -71A 24 SUR
Telefono: 7618356
Correo: YURYMAR11@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8374249444

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YURY ARIAS MARTINEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1033729636	Periodo de Cotización Salud	enero de 2024
Número de planilla	8374249444	Periodo de Cotización Pensión	enero de 2024
Fecha pago	2024-02-13	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	1000000031	Total Pagado	404200
Banco	1001	Total Intereses de Mora	1600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	31900	1
230301	Porvenir	209000	1
EPS008	Compensar EPS	163300	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1033729636
 APELLIDOS Y NOMBRES: YURY ARIAS MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0