Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIAS

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2022-04-01	Hasta:	2022-04-30	
Nombre del Contratista:	DIANA MAYERLY CHACON RAMIREZ		Número de Documento:	1073505468	
Correo Electrónico:	diana16-1126@hotmail.com		Número Telefónico:	3133907093	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA SALUD	Código - Grado:	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	452n-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	426
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
301TN	DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	84	0	34577	$2904468	87.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2904468	DOS MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-03-11		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2022-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 4010932	1073
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MARZO		$ 3319392	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8436788	$ 12447720	$ 3319392	$ 9128328

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 (médico(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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN HOSPITALIZACION	-PRACTICA CLINICA
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 comunitario	- EDUCACION AL PACIENTE CON RESPECTO A SU TRATAMIENTO	- HISTORIA CLINICA
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), 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 o sustituya).	-REGISTRO DE EVOLUCIONES EN DINAMICA DIARIAMENTE PARA SEGUIMIENTO DE PACIENTES	-HISTORIA CLINICA
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-REALIZAR LA ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS	-PRACTICA CLINICA
5	5). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud	-TENER UNA COMUNICACION ASERTIVA Y CREAR UN VINCULO CON PACIENTES Y FAMILIARES	-HISTORIA CLINICA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD	-HISTORIA CLINICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y o seguimiento ambulatorio	-VALORAR, EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	-HISTORIA CLINICA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	- COMUNICACION ASERTIVA CON PACIENTES Y FAMILIARES	-PRACTICA CLINICA
9	9). Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGUN EL SERVICIO	-PRACTICA CLINICA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 3319392
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9433618820		
2022	MARZO	2022	04	18			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES TRESCIENTOS DIECINUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS		

Ítem		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1327757	$ 212441	$ 212500
Salud		FAMISANAR		$ 165970	$ 166000
ARL	3	SURA		$ 32344	$ 32400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 385342	$ 410500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	05500048003796 14

Diana Mayerly Chacon R.

DIANA MAYERLY CHACON RAMIREZ
1073505468

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073505468		CHACON RAMIREZ DIANA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 91 SUR 1F 40 CSTS	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7104819	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1417506614	96133188?0	E	2022/04/19	2022/04/18	BANCOLOMBIA	0	$431,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,300			$0	$0			$1,330,000	$32,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)					$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,300			$0	$0			$1,330,000	$32,400		$0	$0
1	CC	1073505468	CHACON DIANA	P50201	30	$1,330,000	$212,800	EPS013	30	$1,330,000	$166,300		0	$0	$0	14-11	30	$1,330,000	$32,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$1,330,000	$212,800			$1,330,000	$166,300			$0	$0			$1,330,000	$32,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C.C. 1073505418		CHACON RAMIREZ DIANA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 91 SUR 17 40 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.C.	7104019	no

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	141750644	94336188 20	E	2022/04/19	2022/04/18	BANCOLOMBIA	0	$411,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR APORTADO	INTERESES MORA	SALDO DE INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$212,800	$0	$0	$212,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$212,800	$0	$0	$212,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,400	$0	$0	$32,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$32,400	$0	$0	$32,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$166,300	$0	$0	$166,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$166,300	$0	$0	$166,300
TOTAL				3	$411,500	$0	$0	$411,500

2022/04/18 03:33 PM

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Requisitos de Precalificación
5. Documentos del proceso
6. Información presupuestal
7. Ejecución del Contrato
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Cancelar | « Evaluación de la Entidad Estatal »

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados.

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO MARZO	DIANA CHACON.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | « Evaluación de la Entidad Estatal »