

 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	SIASUR 

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2022-07-01	Hasta:	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	ORIANDA MANUELA ALVARADO NARANJO		Número Documento:	1018476096	
Correo Electrónico:	oriandalvaradodr@gmail.com		Número Telefónico:	3153178835	
Nombre del Supervisor:	JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ	Cargo:	MÉDICO GENERAL	Código Grado:	211-11

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1622-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	426
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	174	0	34577	\$6016398	90.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6016398	SEIS MILLONES DIECISEIS MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO						
Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		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	\$ 12862744	1074	
2	2022-07-01	2022-09-30	2	\$ 12447620	1954	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar		
1		FEBRERO		\$ 5808936		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	MARZO	\$ 6431322	
3	ABRIL	\$ 6638784	
4	MAYO	\$ 6638784	
5	JUNIO	\$ 6431322	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 19916352		\$ 45226716	\$ 31949148
			\$ 13277568
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.	Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica.	Historias Clínicas ,Auditorias Concurrentes
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.	Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica.	Historias Clínicas ,Auditorias Concurrentes
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).	Diligenciar historia clínica de acuerdo a la normatividad vigente.	Historia clínica Auditorias Concurrentes.
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Diligenciar correcta y oportunamente la información que exija el sistema de información de la subred.	Auditorias ,inconformidades relacionadas con el diligenciamiento inadecuado y fuera de las fechas solicitadas .

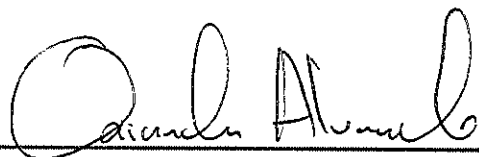
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Ejecutar los procedimientos médicos y quirúrgicos a que haya lugar de una manera pertinente, con oportunidad dentro del marco del cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el manual de bioseguridad.	Historia clínica y Auditorías Concurrentes.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Cumplir las actividades médicas en los horarios que la institución tiene definidos para la prestación del servicio.	Recibo y entregas de Turno ,Registros en historia clínica Auditorías Recurrentes
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.	Diligenciar y hacer entregar al paciente y/o a su acompañante todos los documentos que se requieran al egreso de los pacientes asignados a su cuidado (formularios médicos, recomendaciones médicas, signos de alarma, solicitud de apoyo diagnóstico para toma ambulatoria, solicitud de control médicos, incapacidades etc.). diligenciar todos los formatos implementados por la nación, ente territorial y la IPS que tienen como fin el seguimiento estadístico.	Historia clínica ,Formato de notificación de interés público, lesiones de causa externa
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	informar al paciente y al usuario y cuando se requiera a la autoridad competente sobre la ruta de atención al servicio, así como la evolución del estado de salud a los pacientes y familiares asignados a su cuidado.	Historia clínica Auditorías Concurrentes.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Ejecutar las actividades inherentes a su profesión y enmarcadas dentro de la normatividad vigente a cada uno de los usuarios a los que se les presta la atención médica.	Historias Clínicas ,Auditorías Concurrentes

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	\$ 6431322	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60384094			
2022	JUNIO	2022	07	18				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTIDOSPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2572529	\$ 411605	\$ 411700
Salud					COMPENSAR		\$ 321566	\$ 321700
ARL				3	SURA		\$ 62667	\$ 62700
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 746600	\$ 796100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	30000025671
------------------	------------------	----------------	---------	------------------	-------------



ORIANDA MANUELA ALVARADO NARANJO
1018476096

Jorge Jonathan Bautista Hernández
C.C. 80.791.644
Especialista - Referente de Urgencias
SUBRED SUR

JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ
MÉDICO GENERAL



Actualizar el contenido

UTC -5 9:47:59
ORIANDA MANUELA A...

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Buscar...

Id de página: 23000726 Ayuda ?

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

VER CONTRATO

5 Documentos del contrato

Ejecución del Contrato

6 Información presupuestal

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

8 Modificaciones del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

9 Incumplimientos

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 FEBRERO CTO NO. 1622 -2022.pdf	CUENTA FEBRERO CTO NO. 1622 -2022.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA MARZO CTO NO. 1622 -2022.pdf	CUENTA MARZO CTO NO. 1622 -2022.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA ABRIL CTO NO. 1622 -2022.pdf	CUENTA ABRIL CTO NO. 1622 -2022.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 05-05-2022 AL 05-05-2023.pdf	SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL 05-05-2022 AL 05-05-2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA MAYO CTO NO. 1622 -2022.pdf	CUENTA MAYO CTO NO. 1622 -2022.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA JUNIO CTO NO. 1622 -2022.pdf	CUENTA JUNIO CTO NO. 1622 -2022.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

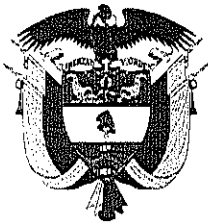
Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 22-jul-2022

Fecha Validación: 22-jul-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ALVARADO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) NARANJO	NOMBRES ORIANDA MANUELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1018476096	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES MAR AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 96 No. 45A - 40 int 9 apt 702 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3153178835 EMAIL oriantalvaradodr@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1º A 6º DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6º A 11º DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO bachiller académico trilingüe	
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA	FECHA DE GRADO		
1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	MES JUNIO AÑO 2012

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). TL (TECNOLÓGICA). TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). MG (MAESTRIA O MAGISTER). DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	12	X	MEDICINA	12 2018	1018476096

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Curso ACLS	Multiemergencias	2020	48
Curso de atención a víctimas de violencia sexual	Sub red Integrada de salud subred sur	2020	40



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 29-jun-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ORIANDA MANUELA ALVARADO NARANJO

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 1018476096 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Municipio Bogotá D.C.

Dirección calle 96 No. 45A - 40 int 9 apt 702

Teléfonos 3153178835 3153178835

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ORLANDO ALVARADO PERDOMO	19192395	Padre
LUZ DARY NARANJO COLORADO	41718565	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ☐ PARA RETIRARME ☐ PARA ACTUALIZACION ☒

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ☐

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	\$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	\$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	\$ 0,00
ARRIENDOS	\$ 0,00
HONORARIOS	\$ 76.779.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	\$ 0,00
TOTAL	\$ 76.779.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	30000025671	BOGOTA	\$ 28.000.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Otro (Mueble)	Tablet , Celular , MP3	\$ 5.000.000,00
Otro (Inmueble)	PARQUEADERO 050C01154818	\$ 19.634.000,00
Otro (Mueble)	Televisor , Computador portátil , computador fijo	\$ 5.000.000,00
Apartamento	050C01154974	\$ 223.003.000,00

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	10184767996	ORLANDA MANUELA EL VARADO NARANJO	CALLE 96 NO 45A-40 INT 9 AP 702	7111111	orlandamartinez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD		
				EMPLEADOS	UPC	
				1	0	
PERIODO SALUD	2022-06	1	18-07/2022	TOTAL A PAGAR		
				\$847.600		

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cuadración Obligatoria
EPS008	Compensat EPS	89066942-7	321.700

Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Hora	Valor Hora Colización	Valor Hora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	0		0	0	0	0	321,700	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION			
Código AFP	Nombre	HIT	C. O.
25-14	Copensiones	90033604-7	

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0	0		411,700	1

TOTAL ES BIEFGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES				No. Autoriz.	
Código ARL	Nombre	NIT	Coltización	Obligatoria	
14-11	ARL SUVA	899903780-5	62/05		

No.	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado		Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
						Saldo a Favor	Favor			
1		62.700	0	0	0	62.700	627	62.700		1

TOTALES CAJAS

TOTALES		Nombre	Compartir Caja
Código CCF	CCF 24		

NT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
8600689127	\$1.500	0	0	\$1.500	1

TALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	Nº. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTAL ES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IOE, LUIA, IRP y Mera	Total a Pagar	
Salud	1	321.700	321.700	
Pensión	1	411.700	411.700	
Riesgos Laborales	1	62.700	62.700	
CCF	1	51.500	51.500	
ESAP	0	0	0	
KCBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	4	847.600	847.600	

[illegible]

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

4MjLNsTPP4

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

Orianda Manuela Alvarado Naranjo

1018476096

Recibió actualización en **SEGURIDAD DEL PACIENTE** con una intensidad de
20 horas

Para constancia se expide

julio 6, 2022

Se registró la información con éxito

Aceptar



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
certifica que:

ORIANDA MANUELA ALVARADO NARANJO

1018476096

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:
DETECCIÓN Y CUIDADO DEL DONANTE DE ORGANOS

Para constancia se expide

julio 19, 2022

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ORIANDA MANUELA ALVARADO NARANJO
Identificación:	1018476096
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	oriandalvaradodr@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	27/07/22 0:00

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entre en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entre en conflicto con mi interés particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021), Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento: