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:**	2022-08-01	**Hasta:**	2022-08-31	
Nombre del Contratista:	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		**Número de Documento:**	1090476150	
Correo Electrónico:	dianashernandezmarin@gmail.co		**Número Telefónico:**	3142933523	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-30

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2989-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	426
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	0	34577	$2074620	31.3%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	0	34577	$2074620	31.3%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	0	34577	$2074620	31.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6223860**	**SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS**					

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**

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 16320344	1074
2	2022-06-01	2022-06-30	2	$ 484078	1753
3	2022-07-01	2022-09-30	3	$ 14522340	1954
4	2022-08-01	2022-09-30	4	$ 6638784	2324

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 5808936
2	MARZO	$ 6638784
3	ABRIL	$ 8505942
4	MAYO	$ 7468632
5	JUNIO	$ 6223860
6	JULIO	$ 6638784

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19916352	$ 57881898	$ 41284938	$ 16596960

	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.	-UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	-FORMULACION RACIONAL MEDICAMENTO - FORMULAS MEDICAS
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	-REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA	-EVALUACIONES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-BASADO EN LA EVIDENIA CIENTIFICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	-FORMULAS MEDICAS
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.	-NO APLICA	-NO APLICA
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.	-REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVCION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	-PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-CUMPLIENTO DE METAS Y COMPROMIO ASIGNADOS	-NO APLICA
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.	-RESENTACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES	-FORMATOS
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-APLICANDO PROTOCOLOS	-LLENAR FORMATOS
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	-PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	-PLANILLA DE PAGO

© Siasur - 2022

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	$ 6638784
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60958894		
2022	JULIO	2022	08	09			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS		

Item			Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado		NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2655514	$ 424882	$ 424900
Salud			SANITAS		$ 331939	$ 332000
ARL		3	SURA		$ 64688	$ 64700
Caja de Compensación		NO		Total	$ 770683	$ 821600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	087878653

Diana Hernández

DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN
1090476150

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

ANGELS INITIATIVE

CERTIFICADO DE FINALIZACIÓN

DIANASHIRLEY HERNANDEZ MARIN

NOMBRE

NIHSS

COMO PARTE DE LA STROKE ACADEMY AHA

Thomas Fischer

THOMAS FISCHER
Líder del Proyecto Angels

Michelle Bruns

MICHELLE BRUNS
Director
Departamento de Educación Profesional
American Heart Association

23/Aug/2022

FECHA

Let's continue to work together every day to save 100,000 *lives.**

American Heart Association.

* Death and disability

angels
LEAVE YOUR LEGACY

sCQF9FBrnn

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN

1090476150

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de Tecnovigilancia.

Para constancia se expide

agosto 22, 2022

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1090476150	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN	calle 57 f sur 70a 17	0000000	dianashernandez@uan.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	I	09/08/2022	60958894	$821.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	332.000	0		0		0	0	0	0	332.000	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	424.900	0	0	0	0	0	0		424.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	64.700				64.700	0	0	64.700			647	64.700	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	332.000	332.000
Pensión	1	424.900	424.900
Riesgos Laborales	1	64.700	64.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	821.600	821.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1090476160	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN	calle 57 f sur 70a 17	0000000	dianashernandez@uan.edu.co	
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)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-07	2022-07	1	09/08/2022	60958894	$821,600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Subtipo	Extranjero	Dpto. cotiza	NS	INT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VHT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Aportante	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1090476160	HERNÁNDEZ MARÍN DIANA SHIRLEY	59	0			N						X									25-14	2,655,500	424,800	0	0	0	0	EPS005	2,655,500	332,000	14-11	2,655,500	3	64,700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

12:13 4G

"UNA PERSPECTIVA PARA CRECER" - Talento Humano

Se registró tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Google no creó ni aprobó este contenido. Denunciar abuso - Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

6:59 4G

DESNUTRICION EN MENORES DE 5 AÑOS

Total de puntos 0/0

Correo electrónico *

dianashernandez@uan.edu.co

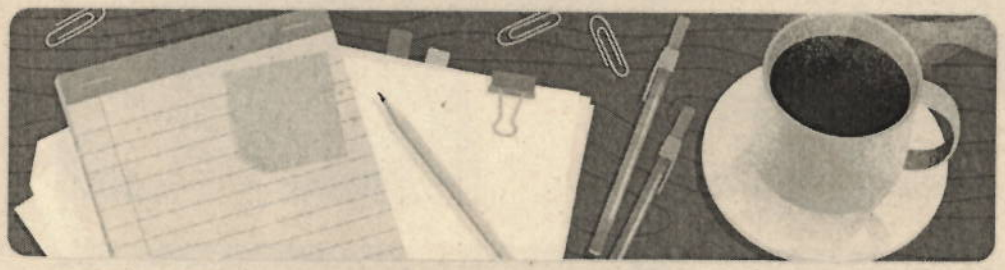
NOMBRE

Diana Shirley Hernandez Marín

CARGO

Médico general

10:17
◄ WhatsApp
4G



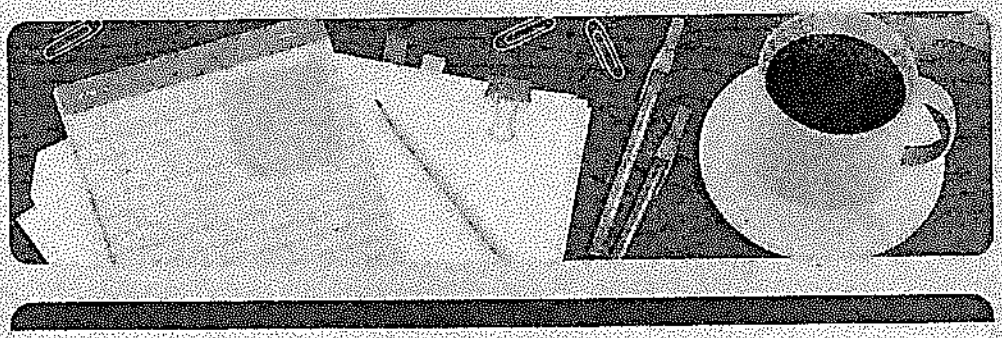
Postest - Agosto (Medicina)

Puntos totales 0/0

Ruta Nutricional - EPOC - Protocolo de Urgencias

✓ La normatividad por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas es: *

10:16 4G



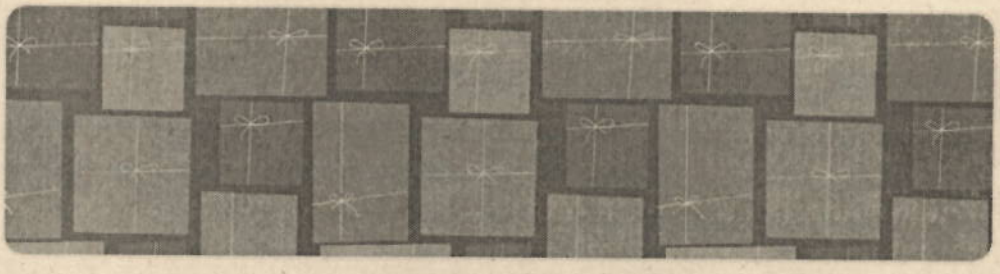
Pretest - Agosto (Medicina)

Puntos totales 0/0

Ruta Nutricional - EPOC - Protocolo de Urgencias

✓ La normatividad por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas es: *

10:11
◄ WhatsApp
4G



Reunión Mensual Urgencias - Agosto

Thank you for your response.

Modificar tu respuesta

Este formulario se creó fuera de tu dominio. Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

< Evaluación de la Entidad Estatal >

- Información general
- Condiciones
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- documentos del contrato
- Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- Modificaciones del Contrato
- cumplimientos

cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Identificación 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		
☐	Febrero-2989.pdf	Febrero-2989.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE MARZO.pdf	CUENTA DE MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	contrato de abril.pdf	contrato de abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	documentos faltantes julio 2022.pdf	documentos faltantes julio 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Quitar seleccionado Subir nuevo

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >