| 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: | 2022-12-01 | Hasta: | 2022-12-31 | |
| Nombre del Contratista: | LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS | | Número de Documento: | 1024528075 | |
| Correo Electrónico: | leni.sanchez@gmail.com | | Número Telefónico: | 3102878416 | |
| Nombre del Supervisor: | YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | Código - Grado: | 242-30 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato: | 1689-2022 | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 426 |
| Perfil: | MEDICO 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 | DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 192 | 0 | 34577 | $6638784 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 6638784 | SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS | | | | | |

## 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 | $ 12447720 | 1074 |
| 2 | 2022-06-01 | 2022-06-30 | 2 | $ 829848 | 1753 |
| 3 | 2022-07-01 | 2022-09-30 | 3 | $ 14522340 | 1954 |
| 4 | 2022-08-01 | 2022-09-30 | 4 | $ 6223860 | 2324 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2022-10-01 | 2022-10-31 | 5 | $ 4564164 | 2801 |
| 6 | 2022-11-01 | 2022-12-31 | 6 | $ 4564164 | 3333 |
| 7 | 2022-12-01 | 2023-01-31 | 7 | $ 6846246 | 3708 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 5808936 |
| 2 | MARZO | $ 6223860 |
| 3 | ABRIL | $ 6223860 |
| 4 | MAYO | $ 6638784 |
| 5 | JUNIO | $ 6223860 |
| 6 | JULIO | $ 6223860 |
| 7 | AGOSTO | $ 6638784 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 6223860 |
| 9 | OCTUBRE | $ 6223860 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 6223860 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 19916352 | $ 69914694 | $ 62653524 | $ 7261170 |

| 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 | 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 comunitario. | REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA | -EVALUACIONES ASIGNADAS |

| 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 (Resolución 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. | REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVCION Y GENERAR PLANES DE MANEJO | PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION |
| 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. | CUMPLIENTO DE METAS Y COMPROMIO ASIGNADOS | ESTADISTICAS DE DINAMICA |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | PRESENTACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES | FORMATOS REQUERIDOS |
| 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. | APLICAR PROTOCOLOS DE ATENCION DE URGENCIAS Y TRATO HUMANIZADO | HISTORIAS CLINICAS |
| 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 | DILOGENCIAS 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 |

## 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 | $ 6223860 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 63944969 | | |
| 2022 | NOVIEMBRE | 2022 | 12 | 09 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | SEIS MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2489544 | $ 398327 | $ 398400 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 311193 | $ 311200 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 60645 | $ 60700 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 722515 | $ 770300 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 550488415292546 |
|---|---|---|---|---|---|

Leni Sanchez

LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS
1024528075

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1624529035 | LENI ROCIO SANCHEZ VATEUS | | calle 57a sur # 86 d 15 | 4651453 | roci.sanchez@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| UNICA | 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 | |
| 202311 | 202311 | 1 | 08/12/2023 | 63924569 | $520.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS026 | Compensar EPS | 860066942-7 | 311.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 311.200 | 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 | 398.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 398.400 | 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 | 60.700 | | | | 60.700 | 0 | 0 | 60.700 | | | 600 | 60.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 49.800 | 0 | 0 | 49.800 | 1 |

**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 | 311.200 | 311.200 |
| Pensión | 1 | 398.400 | 398.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 60.700 | 60.700 |
| CCF | 1 | 49.800 | 49.800 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 520.100 | 520.100 |

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

compensar miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1024526075 | LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS | | calle 57s sur # 86 g 15 | 9061453 | enlysanchez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CODIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | 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) | NUMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | IPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-11 | 2020-11 | 1 | 08/12/2020 | 63944909 | $626.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Nuevo | Extranjero | Colom. en el exter. | Estudiante | IGE | IRT | TDE | TAE | TDP | PAP | MEP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | VIL | Cotizante Exonerado | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Valor Mes. a Afiliado | Valor Mes. Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cod. 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 | 1024526075 | SANCHEZ MATEUS LENI ROCIO | SI | X | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.455.545 | 355.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 2.455.545 | 314.200 | 14-11 | 2.455.545 | 3 | 65.700 | CCF28 | 2.455.545 | 49.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

LENI ROCIO SANCHEZ MATEUS

1024528075

Recibió actualización en CLINICA DEL DOLOR con una intensidad de12 horas

# CLINICA DEL DOLOR

diciembre 14, 2022

71TZIkDQCm

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

BOGOTÁ

1 Información general

Condiciones

Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 documentos del contrato

6 información presupuestal

7 **Ejecución del Contrato**

Modificaciones del Contrato

cumplimientos

Datos guardados

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

| 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 1689.pdf | 1689.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | (Archivado) | LENI ROCIO SANCHEZ - abril - 1689.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | LENI SANCHEZ - MARZO- 1689.pdf | LENI SANCHEZ - MARZO- 1689.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689 - Abril - Leni sanchez.pdf | 1689 - Abril - Leni sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689 mayo - leni sanchez.pdf | 1689 mayo - leni sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689 - Junio - Leni Sanchez.pdf | 1689 - Junio - Leni Sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689_ Julio_Leni Sanchez.pdf | 1689_ Julio_Leni Sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Manejo integral del duelo.pdf | Manejo integral del duelo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | VIOLENCIA SEXUAL.pdf | VIOLENCIA SEXUAL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689 - Agosto - Leni sanchez.pdf | 1689 - Agosto - Leni sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689-2022- Septiembre_ Leni Sanchez.pdf | 1689-2022- Septiembre_ Leni Sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689-Leni Sanchez-Octubre.pdf | 1689-Leni Sanchez-Octubre.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 1689-Noviembre_ Leni Sanchez.pdf | 1689-Noviembre_ Leni Sanchez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal




# TEST PERCEPCIÓN DE INTEGRIDAD 2022

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.
Notificar uso inadecuado - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

