

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

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-03-01	Hasta:	2023-03-31
Nombre del Contratista:	LEIDY DAYANNA QUIROGA VIRACACHA		Número de Documento:	1015467960
Correo Electrónico:	dayannaquirola25@gmail.com		Número Telefónico:	3125355925
Nombre del Supervisor:	LENI RODRIGUEZ MORALES	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado: 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2263-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
N11TS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	TRASLADO SECUNDARIO	180	0	37000	\$6660000	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6660000	SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS					

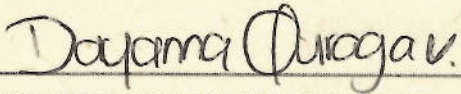
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO
--

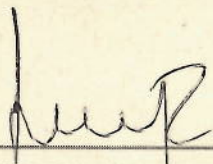
Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-05	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 6216000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 27528000	\$ 27528000	\$ 6216000	\$ 21312000

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Prestar servicios de peritaje (medico(a)) acorde con la Ley Art. 1, según necesidad de la SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	1
2. Realizar actividades de información, educación, capacitación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	2
3. Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma clara, sin tachaduras, enmendaduras, veraz, secuencial, coherente, legible, utilizar siglas distintas las interaccionales, aprobadas, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integridad, Secuencialidad, Racionalidad científica que define el Ministerio de Salud y (legítima, clara, completa) y demás criterios que regulan la materia (Resolución 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya).	3
4. Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el consentimiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRIS, en los casos, pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	4
5. Apoyar en la identificación, categorización, 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.	5
6. Articular acciones con los equipos de atención para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	6
7. Valorar (evaluar), diagnóstico, 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.	7

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 \$ 6216000			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9448175386				
2023	FEBRERO	2023	03	10					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 2486400	\$ 397824	\$ 401200
Salud						SÁNTAS		\$ 310800	\$ 313400
ARL					3	SURA		\$ 60569	\$ 61100
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 721603	\$ 775700
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24060539171	


 LEIDY DAYANNA QUIROGA VIRACACHA
 1015467960


 LENI RODRIGUEZ MORALES
 ENFERMERO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodía del paciente; la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de intervención; 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Informar a las autoridades ya los familiares del paciente el devenir de la atención brindada conforme a los lineamientos del conarante	Libro de novedades

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal/ Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1015467960		QUIROGA VIRACACHA LEIDY DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MRA 91 A # 73A 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6966083	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-02	2023-02	1963409043	5448175386	I	2023/03/14	2023/03/10	BANCO CAJA SOCIAL	0
								\$775.700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes SENA e CCF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
No.	Identificación	Nombre	Ingre	ret	tde	tad	vap	cor	fes	sin	lge	lma	vac	arppct	in	vip	Codigo Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	Terfía	IBC		Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
SUCURSAL- PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Ciudad: BOGOTÁ Depto. BOGOTÁ D.E (1 Afiliados)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	CC	1015467960															23030	30																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
1. NOMBRE	_____
2. Domicilio	_____
3. Teléfono	_____
4. Ocupación	_____
5. Fecha de nacimiento	_____
6. Sexo	_____
7. Estado civil	_____
8. Profesión	_____
9. Fecha de ingreso	_____
10. Fecha de egreso	_____
11. Fecha de admisión	_____
12. Fecha de salida	_____
13. Fecha de ingreso	_____
14. Fecha de egreso	_____
15. Fecha de admisión	_____
16. Fecha de salida	_____
17. Fecha de ingreso	_____
18. Fecha de egreso	_____
19. Fecha de admisión	_____
20. Fecha de salida	_____
21. Fecha de ingreso	_____
22. Fecha de egreso	_____
23. Fecha de admisión	_____
24. Fecha de salida	_____
25. Fecha de ingreso	_____
26. Fecha de egreso	_____
27. Fecha de admisión	_____
28. Fecha de salida	_____
29. Fecha de ingreso	_____
30. Fecha de egreso	_____
31. Fecha de admisión	_____
32. Fecha de salida	_____
33. Fecha de ingreso	_____
34. Fecha de egreso	_____
35. Fecha de admisión	_____
36. Fecha de salida	_____
37. Fecha de ingreso	_____
38. Fecha de egreso	_____
39. Fecha de admisión	_____
40. Fecha de salida	_____
41. Fecha de ingreso	_____
42. Fecha de egreso	_____
43. Fecha de admisión	_____
44. Fecha de salida	_____
45. Fecha de ingreso	_____
46. Fecha de egreso	_____
47. Fecha de admisión	_____
48. Fecha de salida	_____
49. Fecha de ingreso	_____
50. Fecha de egreso	_____
51. Fecha de admisión	_____
52. Fecha de salida	_____
53. Fecha de ingreso	_____
54. Fecha de egreso	_____
55. Fecha de admisión	_____
56. Fecha de salida	_____
57. Fecha de ingreso	_____
58. Fecha de egreso	_____
59. Fecha de admisión	_____
60. Fecha de salida	_____
61. Fecha de ingreso	_____
62. Fecha de egreso	_____
63. Fecha de admisión	_____
64. Fecha de salida	_____
65. Fecha de ingreso	_____
66. Fecha de egreso	_____
67. Fecha de admisión	_____
68. Fecha de salida	_____
69. Fecha de ingreso	_____
70. Fecha de egreso	_____
71. Fecha de admisión	_____
72. Fecha de salida	_____
73. Fecha de ingreso	_____
74. Fecha de egreso	_____
75. Fecha de admisión	_____
76. Fecha de salida	_____
77. Fecha de ingreso	_____
78. Fecha de egreso	_____
79. Fecha de admisión	_____
80. Fecha de salida	_____
81. Fecha de ingreso	_____
82. Fecha de egreso	_____
83. Fecha de admisión	_____
84. Fecha de salida	_____
85. Fecha de ingreso	_____
86. Fecha de egreso	_____
87. Fecha de admisión	_____
88. Fecha de salida	_____
89. Fecha de ingreso	_____
90. Fecha de egreso	_____
91. Fecha de admisión	_____
92. Fecha de salida	_____
93. Fecha de ingreso	_____
94. Fecha de egreso	_____
95. Fecha de admisión	_____
96. Fecha de salida	_____
97. Fecha de ingreso	_____
98. Fecha de egreso	_____
99. Fecha de admisión	_____
100. Fecha de salida	_____

Identificación		Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC	1015-467560	QUIROGA VIRACACHA LEIDY DAYAINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KRA 91 A. # 73A 37	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	6966083	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo			Clave		Tipo		Fecha		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Pago	Dias Mora	Valor
2023-02	2023-02	1963.409043	I	5448175386	2023/03/14	2023/03/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$775.200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDAD	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$401,200	\$0	\$0	\$401,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$61,100	\$0	\$0	\$61,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SANTAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$61,100	\$0	\$0	\$61,100
					\$313,400	\$0	\$0	\$313,400
					\$313,400	\$0	\$0	\$313,400
TOTAL				1	\$775,700	\$0	\$0	\$775,700

