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:**	2023-03-01	**Hasta:**	2023-03-31	
Nombre del Contratista:	MIGUEL ARTURO BAYONA PEREZ		**Número de Documento:**	1193233745	
Correo Electrónico:	bayonaperezmiguel0071@gmail.com		**Número Telefónico:**	3106717404	
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1853-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
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
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	0	8590	$1597740	100%
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	18	8590	$154620	9.7%
C01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	12	8590	$103080	6.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1855440**	**UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	

1	FEBRERO	$ 1752360

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6390960	$ 6390960	$ 1752360	$ 4638600

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (Apoyo logístico a los servicios asistenciales), 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.	Realizo el traslado de pacientes de acuerdo a sus condiciones médicas, teniendo en cuenta las recomendaciones entregadas por el personal de enfermería	-HISTORIA CLINICA
2	Diligenciamiento veraz, oportuno y completo de los formatos, documentos, bitácoras y otros equivalentes, implícitos en el proceso de la prestación sus actividades contractuales, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	Recibo y entrega de turno, me presento en el área asignada, verificando los equipos asignados	HISTORIA CLINICA-
3	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.	Apoyo en las actividades del personal médico y de enfermería, cuando se requiera	HISTORIA CLINICA-
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Participo en la educación del paciente y cuidador, sobre los hábitos saludables, reforzando las recomendaciones de la parte médica	-HISTORIA CLINICA
5	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Informo al Profesional del Enfermería, las situaciones presentadas con los equipos y actividades asignadas	HISTORIA 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	$ 1752360
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8366413430		
2023	FEBRERO	2023	03	22			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 188300
Salud		SALUD TOTAL		$ 125000	$ 147200
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 28800
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 364300

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4662041380

MIGUEL ARTURO BAYONA PEREZ
1193233745

ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

© Siasur - 2023

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	MIGUEL ARTURO BAYONA PEREZ
No. Identificación:	CC1193233745
Dirección:	CARRERA 18L # 65A- 20 SUR
Telefono:	3224802110
Correo:	bayonaperezmiguel071@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8366413430

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	MIGUEL ARTURO BAYONA PEREZ
Tipo y número de identificación	CC1193233745
Número de planilla	8366413430
Fecha pago	2023-03-22
Número de autorización pago	34025202
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2023
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2023
Número de Administradoras	3
Total Pagado	364300
Total Intereses de Mora	5400

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	28800	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	188300	1
EPS002	Salud Total EPS	147200	1

8366413430

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1193233745
APELLIDOS Y NOMBRES: MIGUEL ARTURO BAYONA PEREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	1160000	1160000	1160000	0	145000	0	185600	0	28300	0

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

Powered by CamScanner

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

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren omisiones 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

	Descripcion	nombre del archivo	cargado por		
	ENERO-1970-2023 (Archivado)	4444 wilmar.pdf	Proveedores	Descargar	detalle
☐	FEBRERO-1970-2023	1970-23.pdf	Proveedores	Descargar	detalle

Borrar Cargar nuevo

cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >