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	SIASUN

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-05-01	**Hasta:**	2023-05-31	
Nombre del Contratista:	OWEN OMAR ALBA TORRES		**Número de Documento:**	74372841	
Correo Electrónico:	owenalba@gmail.com		**Número Telefónico:**	3183728506	
Nombre del Supervisor:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1889-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	186	6	37000	$7104000	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7104000**	**SIETE MILLONES CIENTOCUATRO MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-04-01	2023-06-30	1	$ 1341000	1337
2	2023-05-01	2023-07-31	2	$ 14421000	1557
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 9546000	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 9324000
3	ABRIL	$ 9768000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 27528000	$ 43290000	$ 28638000	$ 14652000

	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 (medico(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.	- REALIZAR LA HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN EN EL SISTEMA	- Entrega de recibo y entrega de turno, registro historia clínica, auditorias concurrentes
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.	- PARTICIPAR EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HÁBITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA	- Historia Clínica
3	Registrar en la historia clínica toda la información del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea 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).	- DE FORMA OPORTUNA Y CORRECTAMENTE, DILIGENCIAR LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGAR A LOS PACIENTES Y A LA INSTITUCION CON OCASIÓN DE LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO	- Registro de historia clínica, notificación de fichas de interés publico, lesiones de causa externa
4	Apoyar la elaboración, actualizacion 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.	- VERIFICAR CONSENTIMIENTOS ESTABLECIDOS, DILIGENCIANDO Y DEBIDAMENTE FIRMADOS POR LOS PACIENTES SEGÚN CORRESPONDA PARA CADA PACIENTE	- Historia Clínica
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 LA HISTORIA CLÍNICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCIÓN EN EL SISTEMA	- Entrega de recibo y entrega de turno, registro historia clínica, auditorias 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	$ 9768000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7878083093		
2023	ABRIL	2023	05	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NUEVE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 3907200	$ 625152	$ 627400
Salud		NUEVA EPS		$ 488400	$ 490100
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 95179	$ 95600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 1133948	$ 1213100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008400763135

Owen Alba

OWEN OMAR ALBA TORRES
74372841

DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
DIRECTOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	- PARTICIPAR EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HÁBITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA.	- Historia clínica
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio.	- PRIORIZANDO LA SOLICITUD,PROCESAMIENTO Y REPORTE DE PARACLINICOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN CONJUNTO CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, ARTICULAR EL TRASLADO DE PACIENTES AL ÁREA DE CUIDADO INTERMEDIO O INTENSIVO SEGÚN SEA EL CASO	- Historias clínicas, auditorias concurrentes
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	- INFORMAR A LAS AUTORIDADES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATANTE	- Historias clínicas, auditorias concurrentes
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- TENIENDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD ACTUAL, ANTECEDENTES Y COMORBILIDAD SE DETERMINARA EL RIESGO DE CAIDA, FUGA Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTE	- Historias Clínicas

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OWEN OMAR ALBA TORRES ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO	TELÉFONO:	5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7878083093	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERÍODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERÍODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	2				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2076428835	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 599.000
SUBTOTAL:			1	$ 599.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 468.000
SUBTOTAL:			1	$ 468.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A	1	$ 91.300
SUBTOTAL:			1	$ 91.300

TOTAL PAGADO:	**$ 1.158.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OWEN OMAR ALBA TORRES ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO	TELÉFONO:	5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7882832343	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD:	AÑO:	2023	
DÍAS DE MORA:	19				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	2101757562		

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7878083093	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2023/05/11

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 28.400
SUBTOTAL:			1	$ 28.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 22.100
SUBTOTAL:			1	$ 22.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 4.300
SUBTOTAL:			1	$ 4.300

VALOR SIN MORA:	**$ 53.500**
VALOR MORA:	**$ 1.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 54.800**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

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

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		
☐	Cta de cobro 1889 febrero 2023.pdf	Cta de cobro 1889 febrero 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 1889-MARZO 2023.pdf	CTA DE COBRO 1889-MARZO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 1889-2023 ABRIL.pdf	CTA DE COBRO 1889-2023 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >