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:	VIVIANA PAULINE CASTILLO ROSADO		**Número de Documento:**	52869773	
Correo Electrónico:	vpcastillo@gmail.com		**Número Telefónico:**	3138663382	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1605-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGÍA				
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
C02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	12	0	93770	$1125240	6.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1125240**	**UN MILLON CIENTOVEINTICINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 1219010	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 69764880	$ 69764880	$ 1219010	$ 68545870

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) especializado(a)) acorde con la Lex Artis, segun necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	Prestación de servicios de perfil médico especializado acorde con la lex artis	Historia Clínica y Registro de Anestesia
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria	Informar, educar y comunicar sobre acciones de prevención de enfermedades y autocuidado de la salud	Historia Clínica y Formatos de registro de actividades
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion 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 despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya)	Registrar en la Historia clínica y el formato de registro de anestesia toda la información del acto medico con los criterios definidos por el código de ética medica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes	Historia clínica y formato de registro de anestesia
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado,estadisticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	Participar activamente en la elaboración, actualización y diligenciamiento de formatos, protocolos, guía, consentimientos, incluyendo el formulario MIPRES	Formatos, protocolos, guías, consentimientos, formularios MIPRES y actas de reuniones
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud	Diligenciar los formatos de registro de atención en salud que permitan identificar, caracterizar, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de pacientes y enfermedades de los mismos	Formatos de registro de atención en salud
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	Interactuar con los diferentes actores misionales de la SUBRED SUR ESE en procura de una atención y cuidado integral del paciente	Historia Clínica y Actas de reuniones
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clinico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio	Valorar, Diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes que consultan al SUBRED SUR ESE	Historia Clínica y Formatos de registro de Anestesia
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento	Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	Historia Clínica y Formato de registro de Anestesia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	Historia Clínica y Formato de registro de Anestesia
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propósitos misionales de la SUBRED SUR E.S.E	Actas de actividades y reuniones

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	$ 1219010
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	66503451		
2023	FEBRERO	2023	03	24			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL DIEZPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1000000	$ 160000	$ 410900
Salud		ALIANSALUD		$ 125000	$ 321000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 62700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 794600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	473470008755

Viviana Castillo

VIVIANA PAULINE CASTILLO ROSADO
52869773

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	VIVIANA PAULINE CASTILLO ROSADO	**NIT:**	52869773
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2023
Número de Radicación:	66503451	**Total a pagar:**	$794,600
Fecha de vencimiento:	24/03/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	24/03/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1985950781
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$62,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$410,900
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS S.A.	1		$0	$321,000
						$794,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

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

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

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		
☐	Cuenta Febrero 2023 PS 1605-2023.pdf	Cuenta Febrero 2023 PS 1605-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 10f712b8ed18d1f7e61fa0f4d8ffeb846e43fc5dfa3624cadd034e79bf5316c782cd68ece64ac8eb1b933b2a24b2780d

Número de Factura: VPCR-67
Fecha de Emisión: 23/03/2023
Fecha de Vencimiento: 31/03/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CASTILLO ROSADO VIVIANA PAULINE
Nombre Comercial: CASTILLO ROSADO VIVIANA PAULINE
Nit del Emisor: 52869773
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 21 B 154 11 IN 26
Teléfono / Móvil: 3138663382
Correo: vivianapauline@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009585649
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ -

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7428585
Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121609	Servicios de cirugía	HUR	12,00	$ 93.770,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 1.125.240,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Vabr

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Vabr Campo

Anticipos

Nro	Vabr	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO ANESTESIOLOGA DURANTE EL PERIODO DEL 1 AL 31 DE MARZO DE 2023
Linea de negocio: SERVICIOS MEDICOS DE ESPECIALISTAS

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-03-23 22:09:24
Documento generado el: 2023-03-23 22:09:23
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			1.125.240,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			1.125.240,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			1.125.240,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	1.125.240,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764036904040 Rango desde: 47 Rango hasta: 100 Vigencia: 2023-03-27