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:**	2023-07-01	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA		**Número de Documento:**	1032391040	
Correo Electrónico:	Jogismarin@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3102535050	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1646-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
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
D05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	132	0	88200	$11642400	71.3%
L04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	54	30	88200	$7408800	45.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 19051200**	**DIECINUEVE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS 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	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 37655280	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 18522000	2132

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 19856880
2	MARZO	$ 21168000
3	ABRIL	$ 21168000
4	MAYO	$ 19051200
5	JUNIO	$ 21168000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 65286000	**$ 121463280**	**$ 102412080**	**$ 19051200**

	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 demàs normas concordantes	-Prestar servicios como Médico Especialista en el servicio de Ginecología y Obstetricia, de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio de ginecología	-Programación de actividades
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	-Realizar orientación y brindar información de acuerdo a la especialidad con el fin de promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud	-Historia clínica
3	Registrar en la historia clínica 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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya)	-Realizar el diligenciamiento completo de historia clínica de manera correcta, y demas documentos según lo requerido por el sistema de información de la Subred Sur, cumpliendo con los parámetros y tiempos establecidos	-Sistema de información dinámica gerencial
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 en actualización de formatos, guías y protocolos del servicio y adherirse a los mismos; de igual manera incluir el consentimiento informado y realizar MIPRES en los casos que se requiera.	-Formatos institucionales, historia clínica, sistema dinámica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-Identificar a los usuarios y orientar para la inscripción en rutas de atención en salud que le apliquen a la especialidad	-Sistema de información dinámica gerencial
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Velar por el correcto manejo y cuidado del paciente según normatividad vigente	-Historia clínica
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	-Realizar valoración, diagnóstico y manejo de pacientes que asisten a la Subred Sur según cuadro clínico; hacer acompañamiento y supervisión hasta su egreso	-Sistema de información dinámica gerencial
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente	-Historia clínica
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor

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	$ 21168000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	69282818		
2023	JUNIO	2023	07	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTIUN MILLONES CIENTOSESENTA Y OCHO MIL PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 8467200	$ 1354752	$ 1556600
Salud		NUEVA EPS		$ 1058400	$ 1144500
ARL	3	SURA		$ 206261	$ 223100
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 2457351**	$ 2924200

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	364497412

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enfermería

JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA
1032391040

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

V°B°

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032391040	JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA	Transversal 13 L # 45 G-05	7695697	jogismarin@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2023-06	2023-06	I	11/07/2023	69282818	$2.924.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	1.144.500	0		0		0	0	0	0	1.144.500	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	1.465.000	0	0	45.800	45.800	0	0		1.556.600	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	800903790-5	223.100				223.100	0	0	223.100			2.231	223.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

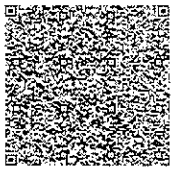
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.144.500	1.144.500
Pensión	1	1.556.600	1.556.600
Riesgos Laborales	1	223.100	223.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.924.200	2.924.200

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

JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA
NIT 1032391040-9
Nombre Comercial: JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA
Régimen: NO RESPONSABLE DE IVA
Actividad Económica CIIU Nro. 8621
Dirección: TV 13 L 45 G 05 SUR
Teléfono: 3102535050
Correo: jogismarin@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ D.C.



CUFE:0b9c97138b38c63ec2ae7a943a10277c39e1b0a32d6e78dbba9564d3dbbdf4395bdd4879395db7efdfd51c0fd2bbd16a

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. 41
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764045949401 de 2023-03-14 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde 35 hasta 100
Tipo Documento: Factura electrónica de Venta
Tipo Operación: Estándar
Fecha Facturación: 2023-07-25 13:28:59
Fecha Vencimiento: 2023-07-31
Fecha Dian: 2023-07-25 13:29:19
Divisa: COP
Orden Compra Asociada:

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
NIT 900958564-9
Nombre Comercial: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
Dirección: CR 20 47 B 35 SUR
Teléfono: 7300000
Correo: cxp.facturacionelectronica@subredsur.gov.co
Ciudad: BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Efectivo

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	8621	SERVICIOS MEDICOS	94	88,200.00	216.0	19,051,200.00

Total de líneas: 1

Observaciones:

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	19,051,200.00
SUBTOTAL	19,051,200.00

TOTAL EN LETRAS DIECINUEVE MILLONES CINCUENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	19,051,200.00

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	JOHANA MARIN FEBRERO 1646-2023.pdf	JOHANA MARIN FEBRERO 1646-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JHOANA MARIN MARZO 1646-2023.pdf	JHOANA MARIN MARZO 1646-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANA MARIN ABRIL 1646-2023.pdf	JOHANA MARIN ABRIL 1646-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANA MARIN MAYO 1646-2023.pdf	JOHANA MARIN MAYO 1646-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JOHANA MARIN JUNIO 1646-2023.pdf	JOHANA MARIN JUNIO 1646-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Hay modificaciones pendientes.
Por favor, compruebe el paso de la modificación del contrato

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2023

Fecha Validación: 25-jul-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
MARIN	GARCIA	JHOANNA JULIETH

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1032391040	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCION DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 26 MES JUN AÑO 1987	CL 32 B SUR 34 F 01
PAÍS Colombia	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.
DEPTO Bogotá D.C.	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7695697
CIUDAD Bogotá D.C.	EMAIL jogismarin@hotmail.com

El futuro es de todos

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jul-2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA
IDENTIFICADO CON C.C. (X) **C.E.** ( ) T.I. ( ) **No.** 1032391040 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 32 B SUR 34 F 01 **Teléfonos** 3102535050 7695697

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ANGEL SANTIAGO SIERRA MARIN	1031143018	Hijo(a)
ELIANA GARCIA FORERO	35491815	Madre

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre: JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA

Identificación: 1032391040

Entidad: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Cargo: Contratista

Correo: jogismarin@hotmail.com

Tipo declaración: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Fecha Declaración: 25/07/23 0:00