

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo Certificar:	a	Desde:	2023-07-01	Hasta:	2023-07-31		
Nombre Contratista:	del	DIANA MARCELA ALVAREZ CORDOBA			Número de Documento:	1022984393	
Correo Electrónico:		DIANAMARCELA1901@HOTMAIL.COM			Número Telefónico:	3142703702	
Nombre Supervisor:	del	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	Cargo:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO EN SALUD	GESTION	Código Grado:	
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	1240-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505		
Perfil:	MÉDICO GENERAL						
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS						
Unidad de Servicios:	USS USME						
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B01UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS USME	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		2023-02-01			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	\$ 7770000		1557	
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 5550000		2107	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar		

Ejecución Presupuestal del Contrato			
1	FEBRERO	\$ 7104000	
2	MARZO	\$ 6660000	
3	ABRIL	\$ 6660000	
4	MAYO	\$ 7104000	
5	JUNIO	\$ 6660000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 27528000	\$ 40848000	\$ 34188000	\$ 6660000

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	--	----------------------

1	1). Prestar servicios de perfil (médico(a)) 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	-Se realiza atención a los pacientes de la sub red sur según formato de historia clínica de manera agil, adecuada y en alta calidad. Registros encontrados en historias clínicas del sistema dinamica	-Historia clínica
2	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.	-Se realiza atención médica continua a los pacientes dentro del servicio de urgencias y hospitalización, cumpliendo con los horarios de entrega y recibo de turno para dar continuidad adecuada al servicio	-Historia clínica
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma clara, sin tachaduras, enmendaduras, veraz, secuencial, coherente, legible, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas aprobadas), internacionales o inmediatamente después de su realización, con integridad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que define 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).	-Se realizan procedimientos médicos y asistenciales cumpliendo adecuadamente con todas las normas de bioseguridad según los manuales de la institución	-Historia clínica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización 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.	-Se da información del manejo y estado de los pacientes en los diferentes servicios de la institución oportunamente a familiares y autoridades solicitantes	-Historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	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.	-Se realiza registros y entrega oportuna de certificados y documentos solicitados incluyendo fichas de notificación	-Historia clínica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Se realiza consulta y procedimientos médicos, garantizando el registro adecuado y según los estándares establecidos en los formatos de historia clínica del sistema dinámica	-Historia clínica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, 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.	-Se realiza capacitación continua en el sistema de información de la subred integrada de salud sur	-Historia clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Se realizan procedimientos médico y asistenciales cumpliendo adecuadamente con todas las normas de bioseguridad según los manuales de la institución	-Historia clínica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realiza capacitación continua en el sistema de información de la subred integrada de salud sur	-Historia clínica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL										
Período al que corresponde el pago		Fecha de Pago		Número de Planilla		Valor de Honorarios Certificadas el Mes Anterior		\$ 6660000		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	69264711					
2023	JUNIO	2023	07	11						
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA MIL PESOS					
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización		Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado		NO		PROTECCIÓN		\$ 426240		\$ 454700		
Salud				COMPENSAR		\$ 333000		\$ 355200		
ARL		3		SURA		\$ 64895		\$ 69300		
Caja de Compensación		SI		COMPENSAR		Total		\$ 773146		\$ 879200
INFORMACIÓN DE PAGO										
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número de Cuenta		4870482009

DIANA MARCELA ALVAREZ CORDOBA
1022984393

JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

No existen resultados que concuerden con las creencias de disfunción esportocidica

Dar **Carganville**

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades No./Autorización	Licencia Maternidad Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS008	Compass EPS	8609604027	355.200	0			0	0	0	355.200	1

[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radiado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SUPA	690643790-5	66.300				66.300	0	0	66.300		693	66.200	

TOTALS CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dise Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ISE, LMA, ICF y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	355.200	355.200	
Pensión	1	454.700	454.700	
Riesgos Laborales	1	68.300	68.300	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	879.200	879.200	

TOTALES POR SUBSISTEMA			Total a Pagar	
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, IGP y More		
Salud	1	355,200		355,200
Pensión	1	454,700		454,700
Riesgos Laborales	1	69,900		69,900
CCF	0	0		0
ESAP	0	0		0
ICBF	0	0		0
MEN	0	0		0
SENA	0	0		0
TOTALES	3	879,200		879,200

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD:	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESA/NO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESA/NO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UNES
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR:	
2023-06	2023-06	1	11/07/2023	69324711	\$879,200	

[illegible]

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



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Última Actualización: 24-jul-2023
Fecha Validación: 24-jul-2023



Hoja de vida sin validar

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	ALVAREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	CORDOBA	NOMBRES	DIANA MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1022984393	SEXO	F ☒ M ☐	NACIONALIDAD	COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR	PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO	D.M.			
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DIA 8 MES MAR AÑO 1993	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Diagonal 91 a bis sur # 14 M - 55			
PAIS	Colombia	PAIS	Colombia	DEPTO	Bogotá D.C.
DEPTO	Bogotá D.C.	CUIDAD	Bogotá D.C.	EMAIL	dianamarcela1901@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA
MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA			TÍTULO										
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA), TL (TECNOLÓGICA), TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), UN (UNIVERSITARIA),

ES (ESPECIALIZACIÓN), MG (MAESTRIA O MAGISTER), DC (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD	NO. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS	TERMINACION	NO. DE TARJETA	
ACADEMICA	APROBADOS	SI	NO	O TITULO OBTENIDO	MES AÑO	PROFESIONAL

Universitaria

12

X

MEDICINA

5

2017

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	DIANA MARCELA ALVAREZ CORDOBA
Identificación:	1022984393
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	dianamarcela1901@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	24/07/23 0:00

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento: