

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR 

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-06-01	Hasta:	2023-06-30	
Nombre del Contratista:	CRISTIAN DANIEL MENDOZA QUIMBAY		Número de Documento:	1015458970	
Correo Electrónico:	crstiananielq95@gmail.com		Número Telefónico:	3023783318	
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE PROCESO	Código Grado:	

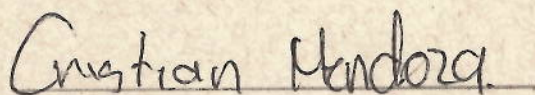
DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1469-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

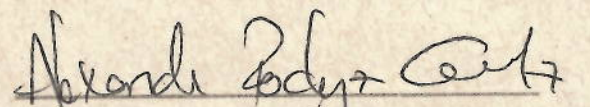
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	0	8590	\$1546200	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1546200	UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS					

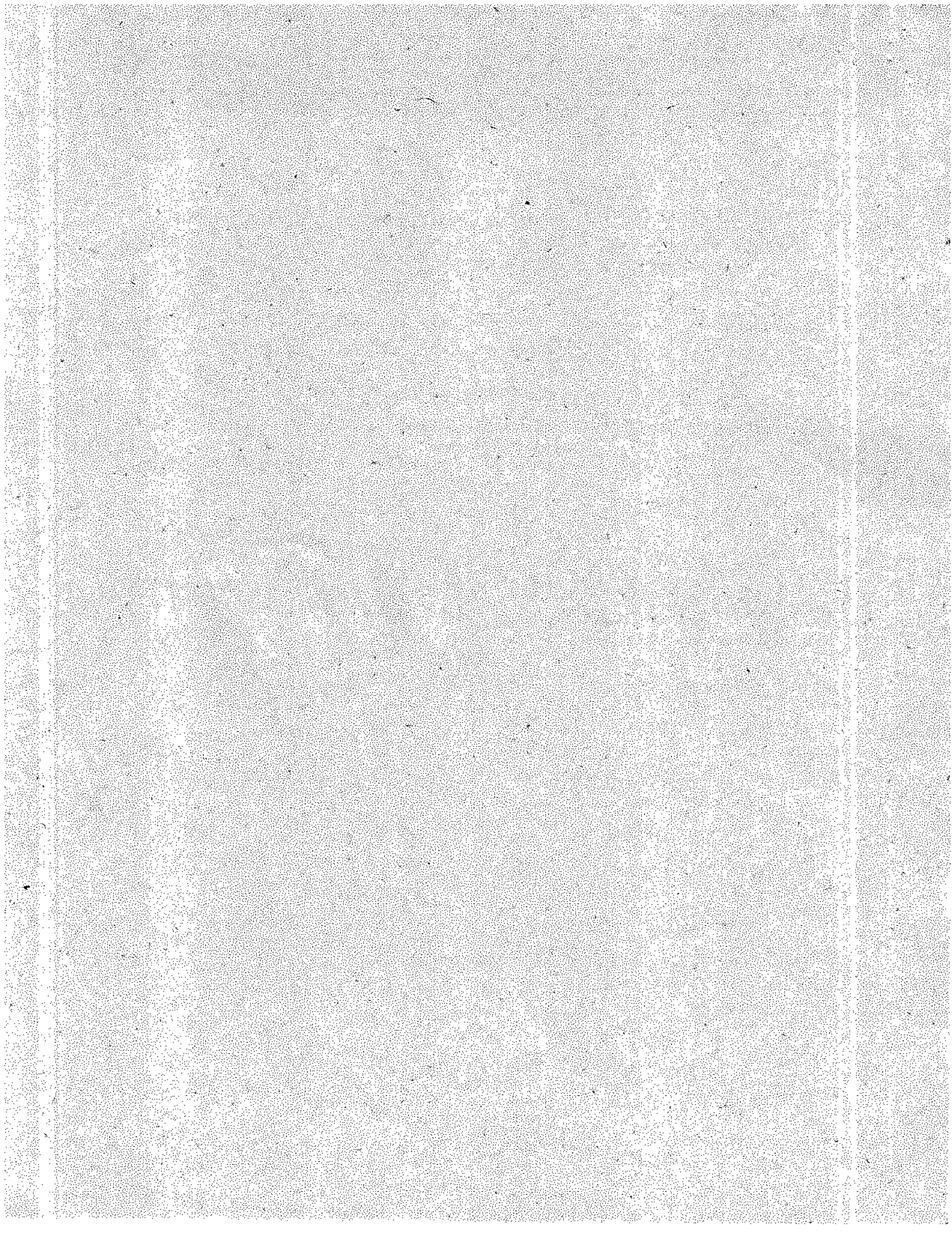
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-05-01	2023-07-31	1	\$ 1443120	1563
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1443120	
2		MARZO		\$ 1700820	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 1546200	
4	MAYO	\$ 1546200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 6390960		\$ 7834080	\$ 6236340
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6390960		\$ 7834080	\$ 1597740
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	-Recibo y entrega de turno, me presento en el área asignada, verificando los equipos asignados.	-Registro en historia clínica.
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	-Realizo el traslado del paciente de acuerdo a sus condiciones médicas, teniendo en cuenta las recomendaciones entregadas por el personal de enfermería.	-Entrega y recibo de turno e historia clínica.
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 clínica.
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 clínica.
5	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Informo al profesional de enfermería las situaciones presentadas con los equipos y actividades asignadas.	-Mesa de ayuda subred sur, sistema dinámica.

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	\$ 1546200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA		
2023	MAYO	2023	06	20		
					68308755	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS		
Item			Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado			NO	COLFONDOS	\$ 1160000	\$ 185600
Salud				SURA		\$ 145000
ARL			3	SURA		\$ 28258
Caja de Compensación			NO		Total	\$ 336655
INFORMACIÓN DE PAGO						
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488414771375


CRISTIAN DANIEL MENDOZA QUIMBAY
 1015458970


ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO



DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	2023-05	PERIODO PENSIONES	2023-05	TOTAL A PAGAR	
				68308725	\$358,900

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPSD10	EPS Sura	800088702-2
		145,000

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					
EPS010	EPS Sura	600088702-2	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Cofradistas	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	890903780-5	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias 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, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Regílos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

Distribuzione per regione e sesso

Distribuzione per regione

Regione	Popolazione (milioni)	Percentuale (%)
Valle d'Aosta	0.12	0.2
Piemonte	1.05	1.8
Liguria	0.95	1.7
Emilia-Romagna	4.45	7.9
Lombardia	10.05	17.9
Trentino-Alto Adige	0.55	1.0
Veneto	4.55	8.2
Friuli-Venezia Giulia	0.25	0.4
Marche	0.85	1.5
Umbria	0.20	0.4
Lazio	5.55	10.0
Toscana	3.75	6.8
Campania	5.85	10.6
Puglia	0.85	1.5
Basilicata	0.25	0.4
Calabria	0.20	0.4
Sicilia	5.05	9.2
Sardegna	0.15	0.3
Totale	52.00	100.0

Distribuzione per sesso

Sesso	Popolazione (milioni)	Percentuale (%)
Maschi	25.20	48.5
Femmine	26.80	51.5
Totale	52.00	100.0

TIPO		DATOS DEL APORTANTE				EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1015458970	CRISTIAN DANIEL MENDOZA QUINDEAY		Cra 11 #466a-27	3232365060	crisliandaniel95@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2021-05	2022-05	1	20-06-2023	6830755
				TOTAL A PAGAR
				\$564.800

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

9:33 PM

Bluetooth, Signal, LTE, 4G, 100%

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

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

Se registró la información con éxito

Aceptar

☒ Administrativa

Pregunta requerida

SEDE

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO

Pregunta requerida

EDAD



Actualizar el contrato

UTC-5 21:35:35

CRISTIAN DANIEL M...

Menú

Ir a

Buscar...

[Ver contrato](#)[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?

☒ Sí☐ 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		
	Enero CTO 1469 (Archivado)	2019-01-31.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO CTO 1469	1469-23.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO CTO 1469	MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL CTO 1469	Lector PDF_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO CTO 1469	1469.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

[Borrar](#)[Cargar nuevo](#)[Cancelar](#)[Evaluación de la Entidad Estatal](#)

