

INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE
SERVICIOS



DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-08-01	Hasta:	2023-08-31	
Nombre del Contratista:	JASBLEIDY CUADROS OROZCO		Número de Documento:	52885858	
Correo Electrónico:	jasbleidycuadros@gmail.com		Número Telefónico:	3132829639	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado:	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1631-2023	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	Procentaje(%) Centro de Costos
A24JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	6	0	88200	\$529200	3.2%
A24VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	6	0	88200	\$529200	3.2%
D05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	174	0	88200	\$15346800	94%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 16405200	DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO 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	\$ 14743020	1563

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 15346800	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 16405200	2433
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 15995820	
2		MARZO		\$ 16405200	
3		ABRIL		\$ 16405200	
4		MAYO		\$ 16405200	
5		JUNIO		\$ 14817600	
6		JULIO		\$ 15346800	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 65286000		\$ 111781020		\$ 95375820	\$ 16405200
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, 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	-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		-Programacion 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 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 realizaci3n, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecci3n 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 clinica de manera correcta, y demas documentos según lo requerido por el sistema de informaci3n de la Subred Sur, cumpliendo con los parámetros y tiempos establecidos		-Sistema de informaci3n dinámica gerencial	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-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
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	-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 médico acorde al cuadro clínico 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 clínico 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 clínico 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
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

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	\$ 15346800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70155198		
2023	JULIO	2023	08	16			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	QUINCE MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS
---	---

Item	Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	\$ 6138720	\$ 982195	\$ 1045100
Salud	COMPENSAR		\$ 767340	\$ 768300
ARL	3		\$ 149539	\$ 149800
Caja de Compensación	SI	Total	\$ 1781579	\$ 1963200

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	29957763276
------------------	------------------	----------------	---------	------------------	-------------


JASBLEIDY CUADROS OROZCO
 52885858


RICARDO MARTINEZ GALVIS
 ENFERMERO
 C.C. 102384170



DATOS DEL APORTANTE		DATOS DEL APORTANTE		DATOS DEL APORTANTE		DATOS DEL APORTANTE	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD	
CC	52865958	JASBLEIDY CUADROS OROZCO	Calle 95 # 71-87 torre 1 apto 307	6953176	jasbleidy.cuadros@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCCURSAL	DÉPARTAMENTO	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D.C.	SI	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASIGNUADA (DIAMESARIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESARIO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					UPC 0
PERIODO SALUD 2023-07	PERIODO PENSIONES 2023 07	I	16/09/2023	70155198	TOTAL A PAGAR \$2.086.200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			Contracción Obligatoria
Código EPS	Nombre	NIT	
EP-3003	Compensar EPS	860069942-7	767.400

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					
EPS008	Compensar EPS	85006942-7	767,400	0	0	0	0	0	1	900	0	768,300	1

TOTALES PENSIÓN

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
25-14	Colpensiones	900338004-7	932.300	0	0	30.700	30.700	1	1.200	200	1.045.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Días Mora	Valor Mora Colización	Subtotal Colización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados	
			Colización Obligatoria	Valor											
14-11	ARL SURA	890903790-5	149.600			149.600	1	200	149.800			1.995	149.800	1	

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860055942.7	122.800	1	200	123.000	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

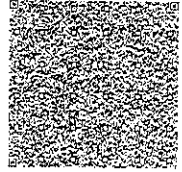
TOTALES POR SUBSISTEMA			Total a Pagar
Valor anuales de IGE, LMA, IRP y Mora	No. Administradoras Reportadas	Tipo Administradora	
767,400	1	Salud	768,300
1,943,700	1	Pensión	1,945,100
149,800	1	Riesgos Laborales	149,800
122,800	1	CCF	123,000
0	0	ESAP	0
0	0	ICBF	0
0	0	MEN	0
0	0	SENA	0
2,083,500	4	TOTALES	2,086,200

TIPO		NÚMERO	DATOS DEL APORTANTE						
			NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO			
CC		52085958	JASBLEIDY CUADROS OROZCO	Calle 95 # 71-87 torre 1 apto 309	6953176	jasbleidy.cuadros@gmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE		NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
UNICA	I --Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.		SI	
							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD		

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					0
					TOTAL A PAGAR
PERIODO SALUD 2023-07	2023-07	I	16/09/2023	70155188	52.086.200

DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

JASBLEIDY CUADROS OROZCO**NIT 52885858-9****Nombre Comercial:** JASBLEIDY CUADROS OROZCO**Régimen:** NO RESPONSABLE DE IVA**Actividad Económica CIIU Nro.** 8621**Dirección:** CR 72 A 10 B 60 AP 303**Teléfono:** 3132829639**Correo:** jasbleidycuadros@gmail.com**Ciudad:** BOGOTÁ D.C.**CUFE:**a1fbe74d4122d4eeee9b8f4474d0bffb1d654ebdb5114a89e1271c6102a47017078290872c1425bf23456b463c79431f**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. FEJC18**

Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN

Nro. 18764046594607 de 2023-03-27 Vigencia 6 Meses

Rango Autorizado desde FEJC 14 hasta FEJC 100

Tipo Documento: Factura electrónica de Venta**Tipo Operación:** Estándar**Fecha Facturación:** 2023-08-24 06:43:43**Fecha Vencimiento:** 2023-08-31**Fecha Dian:** 2023-08-24 06:44:04**Dívida:** COP**Orden Compra Asociada:** 018**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:** CARRERA 24C 54 47 SUR**Teléfono:** 7300000**Correo:** exp.facturacionelectronica@subredsur.gov.co**Ciudad:** BOGOTÁ D.C.

Forma de pago	Método de pago
Contado	Débito ACH

Nro.	Código	Descripción	U/M	Valor Unitario	Cant.	Valor Neto
1	001	Servicios medicos especializados	94	88,200.00	186.0	16,405,200.00

Total de líneas: 1

Observaciones:

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

TOTAL BRUTO	16,405,200.00
SUBTOTAL	16,405,200.00

TOTAL EN LETRAS DIECISEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS COLOMBIANOS

TOTAL VENTA	16,405,200.00
--------------------	---------------

Inicio	Mi proceso	Menu	Ir a
--------	------------	------	------

Buscar...

Inicio → Mi proceso → Administración de contratos → Ver contrato

[Información general](#) [Cuenta guion de datos](#)[Condiciones](#) [Cancelar](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >

[Bienes y servicios](#)

VER CONTRATO

[Documentos del Proveedor](#)

Ejecución del Contrato

[Documentos del contrato](#) [Porcentaje](#) [Recepción de artículos](#)[Información presupuestal](#)

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

[Modificaciones del Contrato](#)

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? [Sí](#) [No](#)

[Incumplimientos](#)

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 - Contrato N°1631-2023.pdf	Cuenta Febrero - Contrato N°1631-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo - Contrato N°1631-2023.pdf	Cuenta Marzo - Contrato N°1631-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ril- Contrato N°1631-	Cuenta Abril- Contrato N°1631-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ryo- Contrato N°1631-	Cuenta Mayo- Contrato N°1631-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	nio - Contrato N°1631-	Cuenta Junio - Contrato N°1631-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	llo - Contrato N°1631-	Cuenta Julio - Contrato N°1631-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

[Borrar](#) [Cargar nuevo](#)

< Evaluación de la Entidad Estatal >