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:	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ CORTES		**Número de Documento:**	10180204	
Correo Electrónico:	franciscogonza00@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3114692036	
Nombre del Supervisor:	LENI RODRIGUEZ MORALES	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1215-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
N11TS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	TRASLADO SECUNDARIO	180	60	10510	$2522400	129%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2522400**	**DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-05		**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	$ 4414200	1557
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2144040	2107

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 2144040

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 2522400
3	ABRIL	$ 2522400
4	MAYO	$ 2396280
5	JUNIO	$ 2270160

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7819440	$ 14377680	$ 11855280	$ 2522400

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermeria) 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 técnicos como auxiliar de enfermeria de traslados secundarios en las áreas asistenciales a los usuarios de la subred sur, con pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	-Historia clínica
2	2). Realizar actividades de información, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación.	-Historia clínica
3	3). Registrar en la historia clinica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultanea o inmediatamente despues de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demàs 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,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y-o medico del servicio, los cambios en el estado o evolucion del paciente.	-Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermeria cumpliendo las órdenes impartidas por el equipo médico y por el supervisor del contrato.	-Historia clínica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guias, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermeria cumpliendo órdenes, brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto a generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.	-Historia clínica, bitácora de traslados

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**		$ 2270160
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1056356173			
2023	**JUNIO**	**2023**	**07**	**24**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA MIL CIENTOSESENTAPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud					FAMISANAR		$ 145000	$ 145000
ARL				4	SURA		$ 0	$ 0
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 336655**	$ 330600

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	004800450639

Francisco Gonzalez

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ CORTES
10180204

LENI RODRIGUEZ MORALES
ENFERMERO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promocion de habitos saludables, autocuidado y cuidados especificos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones medicas, dejando registro escrito en la historia clinica y -o documentos destinados por la institucion.	-Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto a la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludables.	-Historia clínica, bitácora de traslados
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación.	-Historia clínica, bitácora de traslados

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-07-24, 02:56:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1056356173

Periodo Cotización: junio de 2023 **Periodo Servicio:** junio de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8867595990

PAGADO 24/07/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ CORTES		
Documento	CC10180204	**Dirección**	CR 7 #181 - 77
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3027931000
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CUR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 10180204	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ CORTES	03	00																0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 1.160.000	$ 185.600	(EPS008) EPS SANITAS	$ 1.160.000	$ 145.000	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 330.600

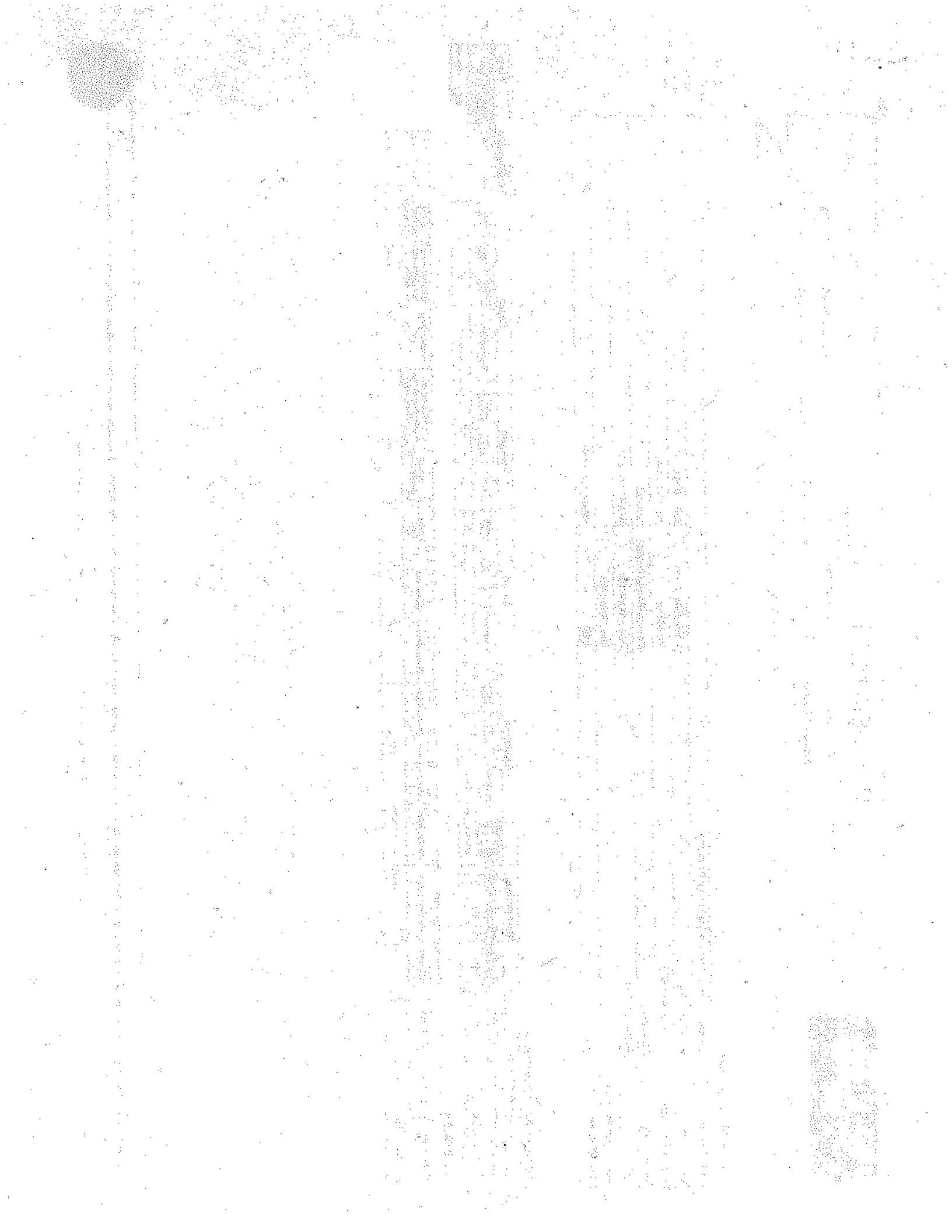
III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.160.000	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 330.600	$ 7.300	$ 337.900

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellin: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



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

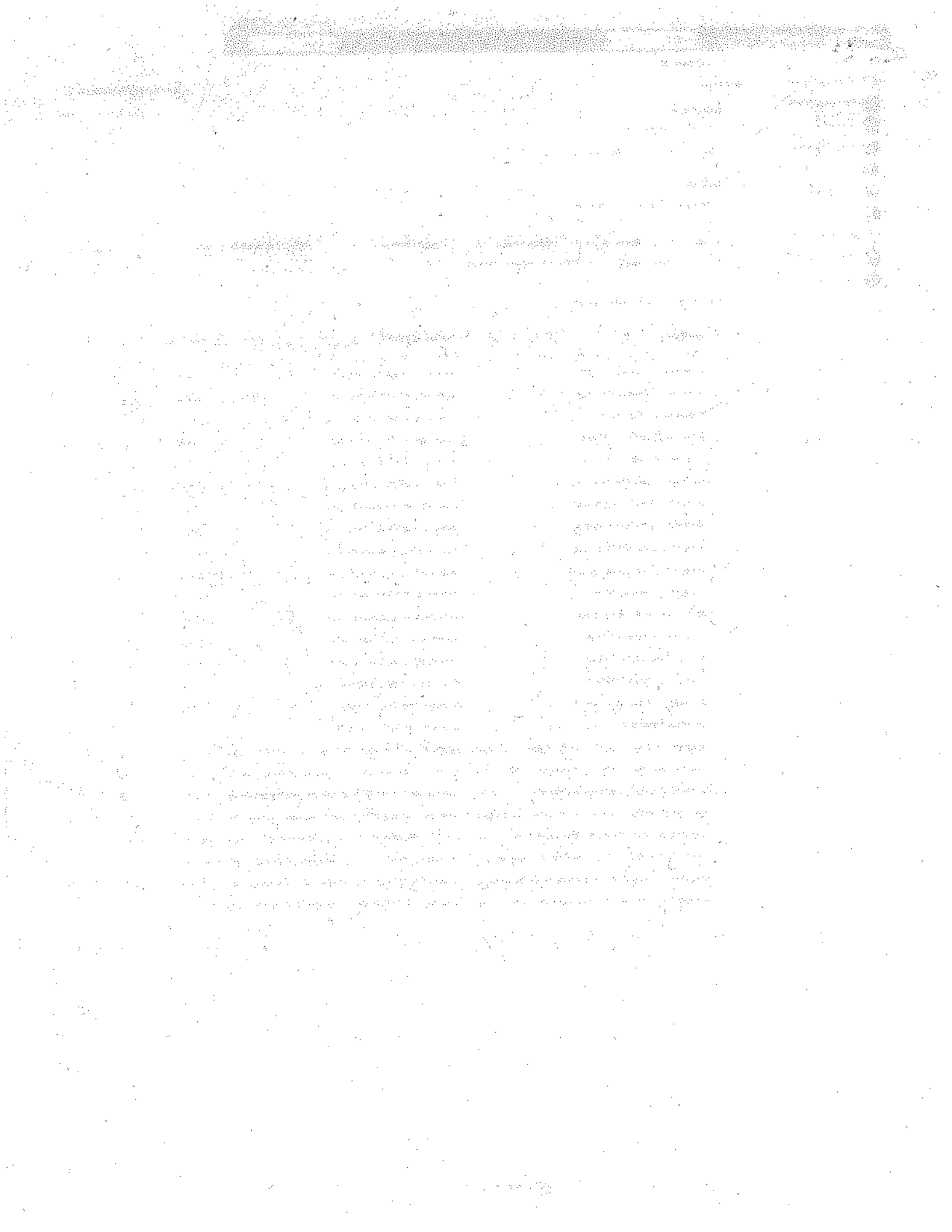
Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	[illegible]	[illegible]	[illegible]	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230321-214725.png	Screenshot_20230321-214725.png	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230321-214751.png	Screenshot_20230321-214751.png	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230321-214751-2.png	Screenshot_20230321-214751-2.png	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230321-214804.png	Screenshot_20230321-214804.png	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230321-214830.png	Screenshot_20230321-214830.png	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_2.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_2.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_3.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_3.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_4.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_4.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_5.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_5.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_6.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_6.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_7.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_7.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_8.jpg	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ_8.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230523_132541.jpg	Screenshot_20230523_132541.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230523_132526.jpg	Screenshot_20230523_132526.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230523_132503.jpg	Screenshot_20230523_132503.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230523_132443.jpg	Screenshot_20230523_132443.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230523_132419.jpg	Screenshot_20230523_132419.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230622_210918_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230622_210918_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230622_210912_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230622_210912_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230622_210859_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230622_210859_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230628_063350_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230628_063350_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230628_063353_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230628_063353_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230628_063359_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230628_063359_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230628_063326_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230628_063326_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle
	Screenshot_20230628_063341_com.google.android.apps.docs.jpg	Screenshot_20230628_063341_com.google.android.apps.docs.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

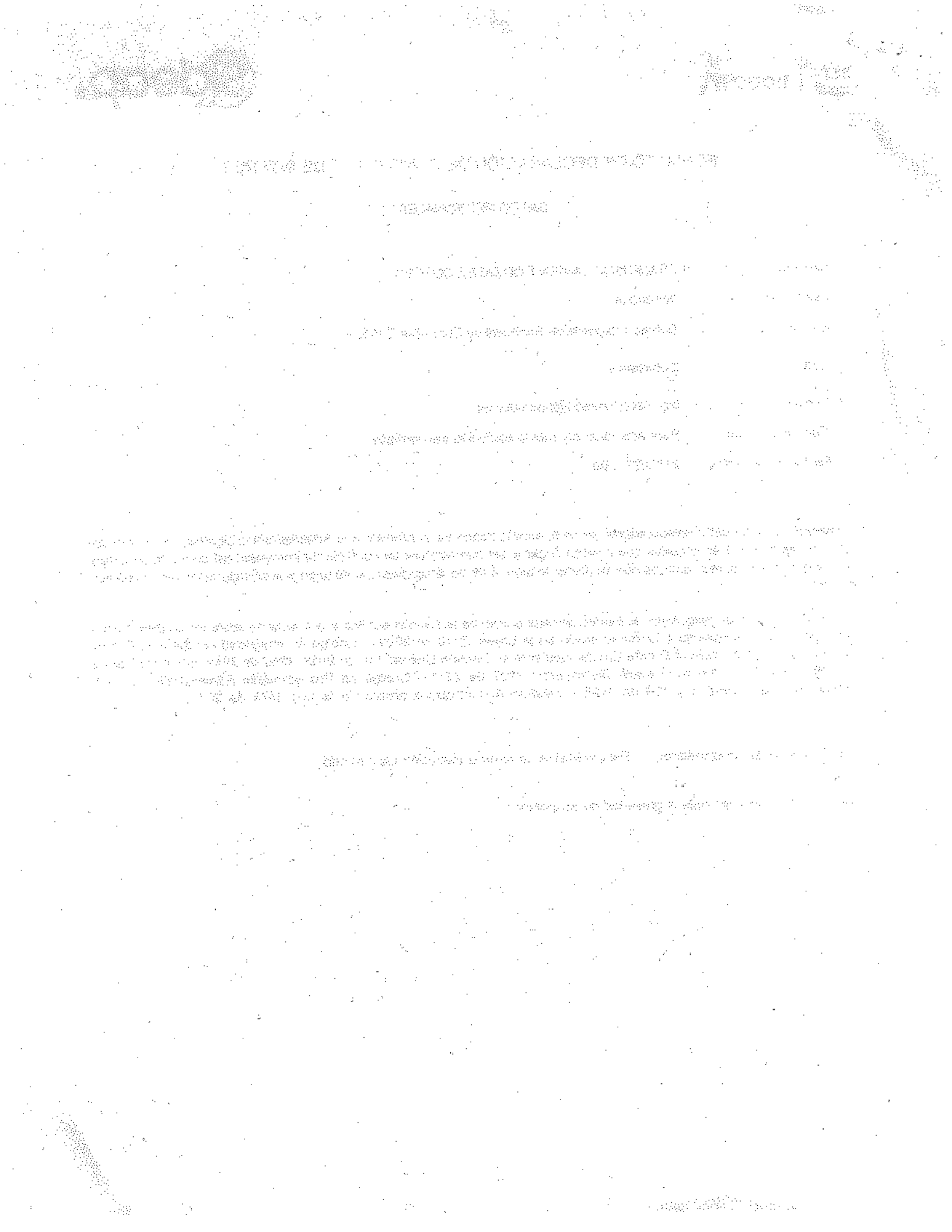
Nombre:	FRANCISCO JAVIER GONZALEZ CORTES
Identificación:	10180204
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	franciscogonza00@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	27/07/23 0:00

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:



El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

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

Ultima Actualización: 27-jul-2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FRANCISCO JAVIER GONZALEZ CORTES

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 10180204 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 27 52 C 23 SUR **Teléfonos** 3027931000 3027931000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CONSUELO CORTES DIAZ	24707265	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 21.014.640,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 21.014.640,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

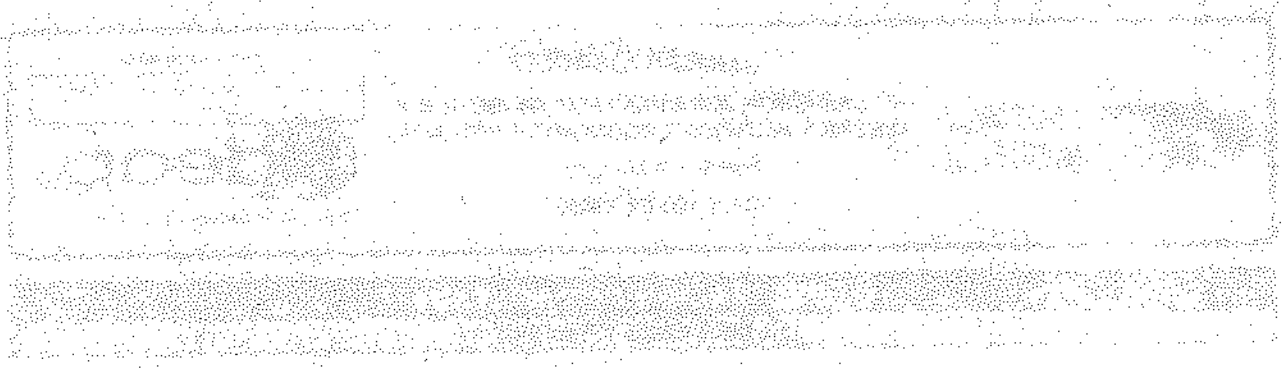
ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Banco BBVA	Cuenta de ahorros	0136000200512258	Chapinero	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
BANCO MUNDO MUJER	PRESTAMO	$ 10.000.000,00



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap

Ultima Actualización: 27-jul-2023

Fecha Validación:27-jul-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
GONZALEZ	CORTES	FRANCISCO JAVIER

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 10180204

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 10180204 D.M 40

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES SEP AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Caldas

CIUDAD La Dorada

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: KR 27 52 C 23 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3027931000

EMAIL franciscogonza00@hotmail.com

2 FORMACIÓN ACADEMICA

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 SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											TITULO Bachiller académico
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°. (X)	MES DICIEMBRE AÑO 1994

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 ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI	GRADUADO NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	TERMINACIÓN AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
Universitaria	10	X		ADMINISTRACION PUBLICA TERRITORIAL	6	2015	1091364-T

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ESCUELA REGIONAL DE FORMACION DE	2004	1800

