

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-09-01	Hasta:	2023-09-30
Nombre del Contratista:	NANCY NATALIA MENDOZA DUEÑAS		Número de Documento:	1053724440
Correo Electrónico:	nancy-mendoza@juanncorpas.edu.co		Número Telefónico:	3118531813
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado: - 242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1847-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
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	186	0	37000	\$6882000	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6882000	SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-02			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	\$ 6882000	1563
2	2023-06-01	2023-07-31	2	\$ 222000	1831
3	2023-07-01	2023-08-31	3	\$ 7326000	2132
4	2023-08-01	2023-09-30	4	\$ 6216000	2433

[illegible]

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.	-Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendible para el paciente y/o familiar. Encaminada a promover hábitos saludables.	-Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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.	-Realizar trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad Participación académica enfocada en la investigación e innovación.	-Registro en Historia clínica de dinámica gerencial hospitalaria. Intranet y gestión documental.
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Actividades realizadas en pro de la atención integral, humanizada y comprometida con nuestros usuarios, familiares y comunidad que acuda a la subred integrada de servicios de salud sur.	-Aplicación de modelos de atención integral en salud al individuo, familia y comunidad de la subred sur.
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 acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Registro en Historia clínica de dinámica gerencial hospitalaria. Solicitud de valoraciones e interconsultas con equipos interdisciplinarios
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso.	-Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica general hospitalaria para continuar cuidando de nuestros pacientes.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
 PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

1053724440

NANCY NATALIA MENDOZA DUEÑAS

INFORMACION DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago		Número de Planilla		Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70854055	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior			
2023	AGOSTO	2023	09	22		\$ 6882000			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras						SEIS MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS			
Item	Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización		Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado			
Pensionado	NO	PROTECCIÓN			\$ 440448	\$ 445900			
Salud	SURA				\$ 344100	\$ 348400			
ARL	3	SURA			\$ 67058	\$ 68000			
Caja de Compensación	NO				Total	\$ 798918	\$ 862300		
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta		AHORROS		Número Cuenta	de
								550176800070318	

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente	105372440	NANCY NATALIA MENDOZA DUENAS	calle 182 n 51 24	3118531813	nancy-mendoza@juancarpos.edu.co	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESARIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESARIO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD 2023-08	PERIODO PENSIONES 2023-08	I	22.09/2023	TOTAL A PAGAR \$862.300	

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	Valor					
EPSC10	EPS Sura	800098702-2	344.200	0		0		0		11	4.200	0	348.400	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Colización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (NG + Protección)	800229739-0	440.500	0	0	0	0	11	5.400	0	445.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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	890903790-5	67.100				67.100	11	900	68.000			671	68.000	1

TOTALES CAIAS

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

TOTALS PARAFISCALES

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				

TOTAL ES BOD SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	344.200	349.400
Pension	1	440.500	445.900
Riesgos Laborales	1	67.100	68.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	851.800	862.300

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CC	106372440	NANCY NATALIA MENDOZA DUEÑAS	d/o 182 n 51 24	3118531813
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCESORAL	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO ABOGADA (OBLIGATORIO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (OBLIGATORIO)	NÚMERO PLANILLA
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES			
2023-08	2023-08			
			CANTIDAD	
			DEUTADOS	DE
			1	1
			TOTAL A PAGAR	\$862.300

ETALLE POR COTIZANTE																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN MOVIENTES													PENSION										
CC	TIPO	Nº de identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	Color de piel	Color de ojos	Color de cabello	
106372440				59	F																												
										</																							

PAAGAD A



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

8 Modificaciones del Contr...

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

9 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			
☐ CUENTADE COBRO FEBRERO CTO 1847-2023 (2).pdf	CUENTADE COBRO FEBRERO CTO 1847-2023 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTADE COBRO MARZO CTO 1847-2023.pdf	CUENTADE COBRO MARZO CTO 1847-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTADE COBRO ABRIL CTO 1847-2023.pdf	CUENTADE COBRO ABRIL CTO 1847-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTADE COBRO MAYO CTO 1847-2023.pdf	CUENTADE COBRO MAYO CTO 1847-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTADE COBRO JUNIO CTO 1847-2023.pdf	CUENTADE COBRO JUNIO CTO 1847-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTADE COBRO JULIO CTO 1847-2023.pdf	CUENTADE COBRO JULIO CTO 1847-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
☐ CUENTADE COBRO AGOSTO CTO 1847-2023.pdf	CUENTADE COBRO AGOSTO CTO 1847-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la política de integridad, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se registro la respuesta.

Enviar otra respuesta

Acción no creó ni aprobó este contenido. Unificar abuelos.
Condiciones del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

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

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Se registro la información con éxito

Aceptar

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Agradecemos su compromiso con la seguridad de los pacientes.

En esta encuesta, digite en su "unidad" como el área de trabajo, servicio, dependencia o área clínica de la Unidad de Servicios de Salud, donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona sus servicios clínicos.