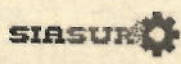


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-01-01	Hasta:	2024-01-31	
Nombre Contratista:	del	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		Número de Documento:	1090476150
Correo Electrónico:	dianashernandezmarin@gmail.co			Número Telefónico:	3142933523
Nombre Supervisor:	del	PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - SALUD REFERENTE UNIDAD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1917-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	22	37000	\$3034000	44.1%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	22	37000	\$3034000	44.1%
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	60	22	37000	\$3034000	44.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 9102000	NUEVE MILLONES CIENTODOS 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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO						
1		2023-05-01	2023-07-31	1	\$ 6216000	1557
2		2023-06-01	2023-07-31	2	\$ 2220000	1563
3		2023-07-01	2023-08-31	3	\$ 9102000	2107
4		2023-08-01	2023-09-30	4	\$ 9546000	2430
5		2023-09-01	2023-10-31	5	\$ 8214000	2818
6		2023-10-01	2023-11-30	6	\$ 7104000	3155
7		2023-11-01	2024-01-31	7	\$ 7326000	3612
8		2023-12-01	2024-01-31	8	\$ 6216000	4057
9		2024-01-01	2024-01-31	9	\$ 9102000	143
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar		
1		FEBRERO		\$ 6216000		
2		MARZO		\$ 6660000		
3		ABRIL		\$ 6660000		
4		MAYO		\$ 7104000		
5		JUNIO		\$ 8880000		
6		JULIO		\$ 7992000		
7		AGOSTO		\$ 9990000		
8		SEPTIEMBRE		\$ 8880000		
9		OCTUBRE		\$ 7326000		
10		NOVIEMBRE		\$ 6660000		
11		DICIEMBRE		\$ 7104000		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	
\$ 27528000		\$ 92574000		\$ 83472000	\$ 9102000	
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 (medico(a)) 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 demás normas concordantes.	-UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS, RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	-FORMULACION MEDICAMENTO
2	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.	-REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA	-EVALUACIONES
3	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 (Resoluci3n 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya).	-BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTIFICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	-FORMULAS MEDICAS
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizaci3n de formatos, protocolos, guias, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-SIN APLICACI3N	-SIN APLICACI3N
5	5) Apoyar en la identificaci3n, caracterizaci3n, inscripci3n, manejo, seguimiento y canalizaci3n a usuarios a las diferentes rutas de atenci3n en salud, asi como la consolidaci3n de informaci3n para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	-PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-CUMPLIMIENTO DE METAS Y COMPROMIO ASIGNADOS	-SIN APLICACI3N
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clinico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio.	-RESENTACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES	-FORMATOS
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluci3n, riesgo, complicaci3n del cuadro clinico objeto de tratamiento.	-APLICANDO PROTOCOLOS	-FORMATOS LLENAR

9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	-PLANILLA DE PAGO
---	--	--	-------------------

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	\$ 7104000		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2023	DICIEMBRE	2023	12	18	73324609				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SIETE MILLONES CIENTOCUATRO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2841600	\$ 454656	\$ 480000
Salud						SÁNTAS		\$ 355200	\$ 375000
ARL					3	SURA		\$ 69221	\$ 73100
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 824689	\$ 928100
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	087878653		

Diana Hernandez
DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN
1090476150

Paola Navas F
PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA
PROFESIONAL SALUD ESPECIALIZADO - REFERENTE UNIDAD

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
CC	1090479150	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN	calle 57 f sur 70a 17	0000000	dianashernandez@uan.edu.co										EMPLADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.					2023-12	2023-12	I	18/12/2023	73324009	\$928.100

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	No. Autorización	Valor					
EP5005	Sanitas EPS	800251440-6	375.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	375.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	90033604-7	480.000	0	0	0	0	0	0	0	480.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Valor	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	860903760-5	73.100	No. Autorización	Valor	73.100	0	0	0	73.1	73.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre										NIT	Valor Aporte	Días 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	0	0	0	SENA				
0	0	0	0	0	ICBF				
0	0	0	0	0	ESAP				
0	0	0	0	0	MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA									
Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		Total a Pagar				
Salud		1	375.000		375.000				
Pensión		1	480.000		480.000				
Riesgos Laborales		1	73.100		73.100				
CCF		0	0		0				
ESAP		0	0		0				
ICBF		0	0		0				
MEN		0	0		0				
SENA		0	0		0				
TOTALES		3	928.100		928.100				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXCERADO PACO PARAFISCALES Y SALUD
OC	109476150	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN	calle 57 sur 706-17	2000000	dianahernandez@un.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/MUNICIPIO	51.
UNICA	1-Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

[illegible]

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



Aumentar el contraste

UTC -5 20:57:27
DIANA SHIRLEY HER...



Búsqueda Mis procesos Menú Ir a

Buscar

Escritorio -- Menú -- Administración de contratos -- Ver contrato

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje

☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de

códigos de autorización?

☐ SI

☒ No

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago

Número de factura

Fecha de emisión

Fecha de recepción

Valor total de la factura

Estado

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ cuenta de cobro del mes de marzo 2023.pdf	cuenta de cobro del mes de marzo 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE MAYO 2023.pdf	CUENTA DE MAYO 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ cuenta de cobro de julio..pdf	cuenta de cobro de julio..pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ cuenta de cobro del mes de agosto 2023.pdf	cuenta de cobro del mes de agosto 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DE SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ cuenta de cobro de octubre 2023.pdf	cuenta de cobro de octubre 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA COBRO NOVIEMBRE.pdf	CUENTA COBRO NOVIEMBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023.pdf	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2023.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>