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	SIC

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	JENNIFER ANDREA GRISALES		**Número de Documento:**	1109298720	
Correo Electrónico:	jennifer-1457@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3123571047	
Nombre del Supervisor:	JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7090-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	2433
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
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
B01VC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS JERUSALEN	180	0	37000	$6660000	96.8%
B01UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS USME	0	18	37000	$666000	9.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 7326000	SIETE MILLONES TRESCIENTOS VEINTISEIS MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-09-11		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-10-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-10-01	2023-11-30	1	$ 5772000	3155
2	2023-11-01	2024-01-31	2	$ 7548000	3612

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2023-12-01	2024-01-31	3	$ 7548000	4057
4	2024-01-01	2024-01-31	4	$ 5994000	143
5	2024-01-01	2024-01-31	5	$ 666000	144

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	SEPTIEMBRE	$ 4218000
2	OCTUBRE	$ 6660000
3	NOVIEMBRE	$ 7548000
4	DICIEMBRE	$ 7992000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6882000	**$ 34410000**	**$ 26418000**	**$ 7992000**

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)) 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes	-Desempeño mi labor como médico del servicio de urgencias de la USS Jerusalén en las jornada de noche intermedia.	-Historias clínicas. Dinámica gerencial. Profesional especializado en el area de salud
2	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.	-Siempre a los pacientes que atiendo les doy recomendaciones de cuidado de su salud, los claros signos de alarma para re consultar, recomendaciones generales y como deben continuar el tratamiento médico establecido.	-Dinámica gerencial Historias clínicas
3	Registrar en la historia clinica toda la información 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 después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Diligenciar las historias clínicas en dinámica gerencial, siguiendo paso por paso la información que el aplicativo solicita, realizando una anamnesis completa y siempre resaltando lo que describe el paciente. Indicando ahí mismo el manejo que recibirá el paciente y si tiene o no alguna objeción.	-Historia clínica. Dinamica gerencial. Profesional especializado en el área de salud.

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, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Estudio los protocolos de la SUBRED SUR siguiendo así las recomendaciones frente a los lineamientos que estan descritos para el manejo de cada patologia, diligencio certificados de nacimiento y defunción de manera oportuna para prevenir asi planes de mejora.	-Dinámica gerencial. Estadisticas vitales. MAO
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.	-Cuando es necesario solicitar valoración por especialista se solicita traslado a centro de mayor complejidad para que el paciente asf reciba un tratamiento multidisciplinario. Investigó en historias clinicas previas si las tienen para obtener información completa de antecedentes sobre todo en pacientes y acompañantes mal informantes.	--Compañeros de turno. Historia clinica. Dinámica gerencial. Profesional
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Se solicita apoyo del profesional de enlace cuando requerimos manejo multidisciplinario ambulatorio y por otras organizaciones externas a la SUBRED SUR.	-especializado en el área de salud
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Siempre se mantiene informado al familiar o acompañante del paciente que requiere manejo intrahospitalario y al momento del egreso se explica para que así les puedan colaborar en la adecuada adherencia del mismo	-Profesional especializado en el área de salud. Compañeros de turno. Compañeros USS Jerusalén
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolucion, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Siempre se mantiene informado al familiar o acompañante del paciente que requiere manejo intrahospitalario y al momento del egreso se explica para que así les puedan colaborar en la adecuada adherencia del mismo.	-Historia clinica. Dinámica gerencial
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Me actualizo en temas semanalmente en cuanto nuevas guías de manejo, asisto a las revisiones de tema que la SUBRED SUR nos brinda mensualmente, y estudio constantemente los procedimientos y tratamientos que se usan en la actualidad.	Planilla de asistencia a charlas. MAO. Guias de manejo INS.

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	$ 7992000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73408791		
2023	DICIEMBRE	2024	01	09			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 3196800	$ 511488	$ 514000
Salud		COMPENSAR		$ 399600	$ 401500
ARL	3	SURA		$ 77874	$ 78300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 927775	$ 993800

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	054871822

JENNIFER ANDREA GRISALES
1109298720

JENNYFER ASTRID ESPITIA SUAREZ
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD



Ejecución del Contrato

Porcentaje Retención de garantía

Primera Factura

¿Se adjuntan soportes de cotización adicionales? Si No

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

No se han registrado pagos para el contrato seleccionado o no cuenta con los permisos adecuados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	APL-1139051725-OTO 7060-2023.pdf	APL-1139051725-OTO 7060-2023.pdf	Contratista		
	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONVOCATORIA_SE...pdf	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONVOCATORIA_SE...pdf	Proveedor		
	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONVOCATORIA_SE...pdf	CERTIFICADO_DE_ADHERENCIA_AL_CONVOCATORIA_SE...pdf	Proveedor		
	DIFUSIVA_FESFOLVERE LIQUID_SOCIAL.pdf	DIFUSIVA_FESFOLVERE LIQUID_SOCIAL.pdf	Proveedor		
	OTO 7060-2023 JENNIFER GP SALES SEAFEVERE (1).pdf	OTO 7060-2023 JENNIFER GP SALES SEAFEVERE (1).pdf	Proveedor		
	JENNIFER GP SALES CUENTA NOVEVERE.pdf	JENNIFER GP SALES CUENTA NOVEVERE.pdf	Proveedor		
	JENNIFER GP SALES CUENTA DICIEMBRE.pdf	JENNIFER GP SALES CUENTA DICIEMBRE.pdf	Proveedor		

Borrar Cargar nuevo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1109267723	JENNYFER ANDREA GRISALES		CL 51 B NO 62 24 SUR	3123371547	jennifer3457@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLEADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR		
2023-12	2023-12	1	09/01/2024	73452751	$337.500		

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	337.400	0		0		0	4	1.400	0	378.600	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
230201	Protección (AVC + Protección)	800227732-2	433.100	0	0	0	0	4	1.800	0	434.900	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	AFL SURA	890903790-5	73.600				73.600	4	300	73.900			735	73.900	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
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 ESE, LMA, FSP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	337.400	378.600
Pensión	1	433.100	434.900
Riesgos Laborales	1	73.600	73.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	844.100	887.400

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	ETOMERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193029723	JENNIFER ANDREA GONSALES		CL 51 B NO 82 24 SUR	3123371347	jennifer14577@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
MANUAL	1—Dependiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA MES AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	MPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	1	05 01 2024	73450781	$337.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y nombres	Colombiano	Extranjero	Residente en el exterior	Pensionado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP					COD. AFP	IBC AFP	Cotización	Valor aporte AFP trabajador	Valor aporte Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	COD. EPS	IBC EPS	Cotización EPS trabajador	COD. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	ESTAMPILLA PROADULTO MAYOR	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1193029723	GRISALES JENNIFER ANDREA	X			X																					230501	3.514.976	483.100	0	0	0	0	EPS048	3.514.976	337.600	14444	3.514.976	3	73.929		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PÚBLICO por parte de Compensar. Uso exclusivo de información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EMPACADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1192925723	JENNIFER ANDREA GRISALES		CL 51 B NO 82 24 SUR	3123371547	jennifer1547@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		01

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
73308751	09/01/2024				EMPLEADOS	APC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-12	2023-12	N	25/01/2024	74267457	TOTAL A PAGAR	
					$56.200	

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					
EF536	Compensar EPS	800088432-7	22.200	0		0		0	24	500	0	22.700	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
230201	Protección (Nº3 + Protección)	800227339-9	23.400	0	0	0	0	24	700	0	24.100	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	800367300-5	4.300				4.300	24	100	4.400			43	4.400	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
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 IVA, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	22.200	22.700
Pensión	1	23.400	23.100
Riesgos Laborales	1	4.300	4.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	54.900	56.200

Este documento es clasificación como CONFIDENCIAL por parte de Compensar. Operación exclusiva con fines

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1193098723	JENNIFER ANDREA GRISALES	CL 51 B NO 82 24 SUR	3123371247	jennifer1497@hotmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
73403781	05/12/2023				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-12	2023-12	N	29/12/2023	74257457	TOTAL A PAGAR	
					$94.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Residente	Ing	Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cor	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización	Tarifa aplicada	Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1193098723	GRISALES JENNIFER ANDREA	SI																				23-14	$ 179.800	$ 143.840	0	0	23-14	$ 179.800	3	17.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información