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:**	2024-02-01	**Hasta:**	2024-02-29	
Nombre del Contratista:	CARLOS HERNAN QUEKAN BUSTOS		**Número de Documento:**	1019096444	
Correo Electrónico:	carlos.quekan19@gmail.com		**Número Telefónico:**	3186757729	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1514-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
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	Procetaje(%) Centro de Costos
I20ORME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	186	48	37000	$8658000	125.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 8658000**	**OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 20646000**	**$ 0**	**$ 20646000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

© Siasur - 2024

1	1). Prestar servicios de perfil Médico(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 demás normas concordantes.	--PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA	- HISTORIA CLINICA
2	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.	- PRESENTA INFORMES Y REPORTES	- INFORMES Y REPORTES
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya)	- VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLINICA
4	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.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS	-GUIAS Y PROTOCOLOS
5	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.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- HISTORIA CLINICA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO	-INFORMES Y REPORTES
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	--VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLINICA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-COMUNICACIÓN ACERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES	- HISTORIA CLINICA
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTES	- INFORMES Y REPORTES

© Siasur - 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 9102000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9462842070	-		
2024	ENERO	2024	02	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		NUEVE MILLONES CIENTODOS MIL PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 3640800	$ 582528	**$ 582600**
Salud		FAMISANAR		$ 455100	**$ 455100**
ARL	5	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1056633**	**$ 1037700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488416294939

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARLOS HERNAN QUEKAN BUSTOS	2024-02-22 19:41:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN	RICARDO MARTINEZ GALVIS	2024-02-23 16:39:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-02-24 08:34:24

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

© Siasur - 2024

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	52211614	LUZ NELLY TOBAR BONILLA	cARRERA 71 c N 99-04 PONTEVEDRA	7517568	tobar.nelly@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	29/01/2024	74128478	$988.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	375.000	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	900336004-7	480.000	0	0	0	0	0	0		480.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	73.100				73.100	0	0	73.100			731	73.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	60.000	0	0	60.000	1

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 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	1	60.000	60.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	988.100	988.100

PAGADA

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

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	52211614	LUZ NELLY TOBAR BONILLA		cARRERA 71 c N 99-04 PONTEVEDRA	7517568	tobar.nelly@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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	
2024-01	2024-01	I	29/01/2024	74128478	$988.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / 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
1	CC	52211614	TOBAR BONILLA LUZ NELLY	59	0			N																	25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	375.000	14-23	3.000.000	3	73.100	CCF24	3.000.000	60.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

LUZ NELLY TOBAR BONILLA

NIT: 52211614-7

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CR 15 84 24 AP 203, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 0000000

Email. tobar.nelly@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764060086923 válida desde 2023-11-17 hasta 2024-05-17 rango desde 553 hasta 600.

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD E.S.E.
NIT : 900958564
Dirección: CR 20 47B 35 SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 7300000
Email: contabilidad@subredsur.gov.co

Tipo de negociación: Crédito
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 29/02/2024
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : 561
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 19:45:05
FECHA FIRMADO: 22/02/2024 19:45:09

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
21	02	2024	29	02	2024

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	2	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MEDICO OTORRINO 10 horas ambulatorias y 18 de hospitalización	WSD	1,00	$2.457.000,00				0,00	$2.457.000,00

Notas:

SON: (dos millones cuatrocientos cincuenta y siete mil pesos)
CUFE: 7442288beec02181ec69fb17803ffadcf00e801e4e4822fbf5b282bf00c8a3ee07508b7588e41a1571934ef97162668e

Subtotal:	$2.457.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$2.457.000,00

Firma Digital: 2SouiFr1jrtTfcpHsMhBdTul81PORk8Tng0urPqSrVD2HFFWtRK9vuUKTicKvnDf zzwJGh3VJNavz+cU3S9c9mBjMif/59DEB+x8j7egHuDTavFn6J gQbOlGfV27b/tc gmqJ0Uk9FSLAH6SLrGmnDwwZqDJi3A0rNDsi2j1N9uh2z+iITgEwqoU0xHyCJ48I twDijlwFSJfmwJkimd2pHJgRsiE5T0/YHft ZUCvciyl9FFR/vyQPBEpxdg572uo3 OM7FHtrxHdHQFzCVnMs4gXqdDS7xi/9e24WH+gEL6nP6+mUJu0ommf4Owt2+Z9nr BnLKj9A0jHZvYBwRPU2G uw==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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? ○ Sí ◉ 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 2482-2023 CTA FEBRERO TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA FEBRERO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA MARZO TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA MARZO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA ABRIL TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA ABRIL TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA MAYO TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA MAYO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA JUNIO TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA JUNIO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-223 CTA JULIO TOBAR.pdf	CTO 2482-223 CTA JULIO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA AGOSTO TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA AGOSTO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CURSOS HQABILITACION.pdf	CURSOS HQABILITACION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA SEPTIEMBRE TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA SEPTIEMBRE TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA OCTUBRE TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA OCTUBRE TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA NOVIEMBRE TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA NOVIEMBRE TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA DICIEMBRE TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA DICIEMBRE TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2482-2023 CTA ENERO TOBAR.pdf	CTO 2482-2023 CTA ENERO TOBAR.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >