

|                                                                                   |                                      |                                                   |                                                  |                                                                  |                      |                                                                                     |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|  |                                      | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. |                                                  |                                                                  |                      |                                                                                     |                               |
|                                                                                   |                                      | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS    |                                                  |                                                                  |                      |  |                               |
| DATOS DEL INFORME                                                                 |                                      |                                                   |                                                  |                                                                  |                      |                                                                                     |                               |
| Periodo<br>Certificar:                                                            | a                                    | Desde:                                            | 2024-03-01                                       |                                                                  | Hasta:               | 2024-03-31                                                                          |                               |
| Nombre<br>Contratista:                                                            | del                                  | ADRIANA MARITZA TORRES VEGA                       |                                                  |                                                                  | Número de Documento: | 52812963                                                                            |                               |
| Correo Electrónico:                                                               | adrianatorres.ucisubredsur@gmail.com |                                                   |                                                  |                                                                  | Número Telefónico:   | 3134414145                                                                          |                               |
| Nombre<br>Supervisor:                                                             | del                                  | JHON EDISON PARRA<br>MANCIPE                      | Cargo:                                           | MEDICO ESPECIALISTA -<br>MEDICINA CRITICA Y CUIDADO<br>INTENSIVO |                      | Código<br>Grado:                                                                    | -                             |
| DATOS DEL CONTRATO                                                                |                                      |                                                   |                                                  |                                                                  |                      |                                                                                     |                               |
| No. Contrato:                                                                     | 2163-2024                            |                                                   | Año Contrato:                                    | 2024                                                             |                      | CDP Contrato Inicial:                                                               | 433                           |
| 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                                                                               | Procetaje(%) Centro de Costos |
| J02TN                                                                             | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL                                         | 120                                              | 0                                                                | 37000                | \$4440000                                                                           | 64.5%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                      | \$ 4440000                           |                                                   | CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS |                                                                  |                      |                                                                                     |                               |
| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO                                               |                                      |                                                   |                                                  |                                                                  |                      |                                                                                     |                               |
| Fecha de Inicio del Contrato                                                      | 2024-02-01                           |                                                   |                                                  | Fecha de Terminación del Contrato Inicial                        | 2024-04-30           |                                                                                     |                               |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado                                               | Mes Cuenta de Cobro                  |                                                   |                                                  | Valor a Pagar                                                    |                      |                                                                                     |                               |
| 1                                                                                 | FEBRERO                              |                                                   |                                                  | \$ 3330000                                                       |                      |                                                                                     |                               |
| 2                                                                                 | MARZO                                |                                                   |                                                  | \$ 4440000                                                       |                      |                                                                                     |                               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                        | VALOR TOTAL DEL CONTRATO             |                                                   |                                                  | PAGOS REALIZADOS                                                 |                      | SALDO DEL CONTRATO                                                                  |                               |
| \$ 20646000                                                                       | \$ 20646000                          |                                                   |                                                  | \$ 7770000                                                       |                      | \$ 12876000                                                                         |                               |

| 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 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -brindar atención médica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condición de salud. Realizar valoración de ingreso y de seguimiento hasta su egreso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | -Registros en dinámica gerencial hospitalaria                                                                                                  |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | -Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendido para el paciente y/o familiar. Encaminada a promover hábitos saludables.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | -Registros en dinámica gerencial hospitalaria                                                                                                  |
| 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 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 de manera adecuada la historia clínica aplicando lineamientos socializados a través de PROTOCOLO MANEJO INTEGRAL DE LA HISTORIA CLINICA para la subred sur, proporcionando información veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, adherencia a criterios que definen el Ministerio de Salud y aplicando la Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya a cabalidad. | -Registro en Historia clínica de dinámica gerencial hospitalaria                                                                               |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | --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.                                               |
| 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | --Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur ESE, con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                | -Atención humanizada a nuestros visitantes, familiares y pacientes.                                                                            |
| 6                                                       | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -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. |
| 7                                                       | 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | -Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR ESE, hasta su egreso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | --Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica hospitalaria general para continuar cuidando de nuestros pacientes.     |
| 8                                                       | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | -Realizar entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje comprensible para el paciente y/o familiar. Encaminada a promover hábitos saludables.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | --Registro en Historia clínica de dinámica gerencial hospitalaria                                                                              |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                      | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                 | PRODUCTO O EVIDENCIA                     |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 9                                                       | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -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. | -Atención integral a todos los usuarios. |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                       |               |     |                |                                                     |                            |                                            |                     |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------|-----|----------------|-----------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------|---------------------|------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                       | Fecha de Pago |     |                | Número de Planilla                                  | Factura Electrónica        | Valor Honorarios Certificados Mes Anterior | de el               |            |
| AÑO                                                                                                                                    | MES                   | AÑO           | MES | DÍA            | 1062377433                                          | -                          |                                            |                     | \$ 3330000 |
| 2024                                                                                                                                   | FEBRERO               | 2024          | 03  | 19             |                                                     |                            |                                            |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                       |               |     |                | TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA 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 | \$ 1332000                 | \$ 213120                                  | \$ 215400           |            |
| Salud                                                                                                                                  |                       |               |     |                | SALUD TOTAL                                         |                            | \$ 166500                                  | \$ 168300           |            |
| ARL                                                                                                                                    |                       |               |     | 3              | SURA                                                |                            | \$ 32448                                   | \$ 32900            |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                       |               |     | NO             |                                                     | Total                      | \$ 386573                                  | \$ 416600           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                       |               |     |                |                                                     |                            |                                            |                     |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                             | Número de Cuenta           | 007170390806                               |                     |            |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                       |               |     |                |                                                     |                            |                                            |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                       |               |     |                | USUARIO                                             |                            |                                            | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                       |               |     |                | ADRIANA MARITZA TORRES VEGA                         |                            |                                            | 2024-03-22 14:20:30 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |     |                | ADRIANA MARITZA TORRES VEGA                         |                            |                                            | 2024-03-26 09:30:36 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |     |                | ADRIANA MARITZA TORRES VEGA                         |                            |                                            | 2024-03-26 09:31:57 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |     |                | ADRIANA MARITZA TORRES VEGA                         |                            |                                            | 2024-03-26 12:24:32 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                                                                                                   |                       |               |     |                | JHON EDISON PARRA MANCIPE                           |                            |                                            | 2024-03-26 14:50:44 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                |                       |               |     |                | ADRIANA MARITZA TORRES VEGA                         |                            |                                            | 2024-03-26 16:10:19 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                       |               |     |                | JHON EDISON PARRA MANCIPE                           |                            |                                            | 2024-03-26 16:14:58 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                       |               |     |                | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA                      |                            |                                            | 2024-03-29 06:50:21 |            |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |                       |               |     |                | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA                      |                            |                                            | 2024-04-12 14:25:59 |            |

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.



**JHON EDISON PARRA MANCIPE**  
**MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO**  
**INTENSIVO**