

El aportante **HELBER JOHAN GARCIA TORO**, identificado con **CC** número **1018450882**, aportó en nombre de **HELBER JOHAN GARCIA TORO**, identificado(a) con **CC** número **1018450882** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **57 - Independiente voluntario al Sistema de Riesgos Laborales** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-03** y salud **2024-03** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARTICIPALES Y SALUD
14-11	ARL SURA															0		30	\$4.372.800	\$106.600	\$0	\$0	Marzo - 2024	76565117	24/04/2024	N
230301	Porvenir															0		30	\$4.372.800	\$699.700	\$0	\$0	Marzo - 2024	76565117	24/04/2024	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	\$4.372.800	\$546.600	\$0	\$0	Marzo - 2024	76565117	24/04/2024	N

El presente certificado se expide a los 24 días del mes Abril de 2024

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



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

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

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

7 **Ejecución del Contrato**

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		
☐	ARL SURA 1018450882 CTO 4060-2024.pdf	ARL SURA 1018450882 CTO 4060-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	HELBER GARCIA FEBRERO CTO 4060-2024.pdf	HELBER GARCIA FEBRERO CTO 4060-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	HELBER JOHAN MARZO CTO4060-2024.pdf	HELBER JOHAN MARZO CTO4060-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

XDfQVLs3i8

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

HELBER JOHAN GARCIA TORO

1018450882

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SARLAFT LA/FT-SICOF -PTEE

40 horas

GLORIA LIBIA POLANIA AGUILLÓN

Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Oficial de Cumplimiento Principal SARLAF LA/FT- SICOF -PTEE

El presente se otorga el: abril 22, 2024

Vigencia de 2 años

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-04-01	Hasta:	2024-04-30			
Nombre Contratista:	del	HELBER JOHAN GARCIA TORO		Número de Documento:	1018450882		
Correo Electrónico:	johangt28@outlook.com			Número Telefónico:	3204366412		
Nombre Supervisor:	del	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	-	242-28
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	4060-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	433		
Perfil:	MÉDICO GENERAL						
Dirección a la que Perteneces:	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
J17TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	49	45550	\$10704250	155.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 10704250	DIEZ MILLONES SETECIENTOS CUATRO MIL DOSCIENTOS CINCUENTAPESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-06			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-04-30		
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP		
1	2024-04-01	2024-06-30	1	\$ 33103000	1022		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar			
1	FEBRERO			\$ 7288000			
2	MARZO			\$ 10932000			
3	ABRIL			\$ 10704250			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 20646000		\$ 53749000	\$ 28924250	\$ 24824750
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, 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.	-PRESTAR MIS SERVICIOS COMO MEDICO DE APOYO AL PROCESO UNIDAD RENAL	-PARCTICA CLINICA	
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.	-APOYO A PERSONAL DEL ÁREA ASISTENCIAL CON PACIENTES EN PROCESO DE DIÁLISIS AMBULATORIA Y/ O HOSPITALIZACIÓN	-PRACTICA CLINICA	
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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas 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).	-RESPONDER INTERCONSULTAS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS Y DE URGENCIAS DE LA SUBRED EVOLUCION DIARIA DE PACIENTES DEL PROGRAMA ELABORACION DE FORMULAS MEDICAS DE PACIENTES DEL PROGRAMA	-REGISTRO DINAMICA	
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, 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.	-REALIZAR DE ACTUALIZACIÓN DE GUIAS Y PROTOCOLOS SEGUN PERFIL	-GUIAS Y PROTOCOLOS	
5	5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-REALIZAR VINCULO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES	-PRACTICA CLINICA	
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO A LA NORMATIVA	-PRACTICA CLINICA	
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.	-VALORAR, EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGA REALIZAR EVOLUCIONES MENSUALES	-REGISTRO DINAMIC	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-COMUNICACION ASERTIVA, CLARA Y PRECISA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-PRACTICA CLINICA
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SEGUN EL SERVICIO	-PRACTICA CLINICA

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		\$ 10932000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76565117	-			
2024	MARZO	2024	04	24					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIEZ MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y DOS MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 4372800	\$ 699648	\$ 699700
Salud					SÁNTAS			\$ 546600	\$ 546600
ARL					3	SURA		\$ 106521	\$ 106600
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 1269074	\$ 1352900
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	810090142	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						HELBER JOHAN GARCIA TORO		2024-04-24 15:35:11	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ		2024-04-25 13:43:57	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-04-28 17:32:02	
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		2024-05-15 12:35:34	

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.



MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD