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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ		**Número de Documento:**	1013634112	
Correo Electrónico:	anngie658@gmail.com		**Número Telefónico:**	3016628353	
Nombre del Supervisor:	JHON EDISON PARRA MANCIPE	**Cargo:**	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1449-2024	**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	90	0	37000	$3330000	48.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3330000**	**TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-01		**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	$ 2886000	1022

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 3108000
2	MARZO	$ 3552000
3	ABRIL	$ 3330000

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 23532000**	**$ 9990000**	**$ 13542000**

	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 Garantia 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. Realice valoración de ingresos y de seguimiento hasta su egreso	-Historia Clínica
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 la entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje comprensible para el paciente y/o familiar.	-Registros de historia clínica
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)	-Diligenciar de manera adecuada la historia clínica utilizar información veraz, secuencial, coherencia, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, adherencia a criterios que define el Ministerio de Salud y aplicando la Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifica o sustituye a cabalidad.	-Historia Clínica
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.	-Historia Clínica
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.	-Valorar demostrar, definir plan de tratamiento médico al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR ESE, hasta su egreso.	-Historia Clínica
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 con la normatividad legal vigente.	-Historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Es la actividad diaria realizada por médico con el fin de evaluar de manera individual la condición clínica del paciente, aplicando sistemáticamente los siguientes pasos: interrogatorio, examen físico, evaluación exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas y otros, análisis de la condición clínica y definición de la conducta a seguir. Obliga al registro sistemático e INMEDIATO en la historia clínica en el folio “EVOLUCIÓN DE PACIENTES”.	-Historia Clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-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.	-Historia clínica Registro de entrega de información a familiares
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Asistencia a reuniones de formación académica continua.	-Auditorio de Reuniones

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9465503589	-		$ 3552000
2024	MARZO	2024	04	09				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y DOS 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	$ 1420800	$ 227328	**$ 422900**
Salud		NUEVA EPS		$ 177600	**$ 330400**
ARL	3	SURA		$ 34611	**$ 64500**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 412345**	**$ 817800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	41375132760

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ	2024-04-26 23:09:18
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2024-04-27 16:51:21
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ	2024-04-27 23:31:41
RECHAZADO SUPERVISOR	JHON EDISON PARRA MANCIPE	2024-04-29 09:32:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ	2024-04-29 10:45:39
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ	2024-04-29 10:50:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JHON EDISON PARRA MANCIPE	2024-04-29 12:11:48
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-30 16:31:06
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 12:24:54

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

© Siasur - 2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013634112		MURCIA GUTIERREZ ANNGIE LISETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 29 A sur No 17 42 este apto 602b	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3735694	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-03	2024-03	564674903	9465503589	I	2024/04/03	2024/04/09	BANCO CAJA SOCIAL	6	$870,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1013634112	MURCIA ANNGIE	25-14	30	$2,629,296	$420,700	EPS037	30	$2,629,296	$328,700	CCF22	30	$2,629,296	$52,600	14-11	30	$2,629,296	$64,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$2,629,296**	**$420,700**			**$2,629,296**	**$328,700**			**$2,629,296**	**$52,600**			**$2,629,296**	**$64,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$420,700	$2,200	$0	$422,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$420,700	$2,200	$0	$422,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,100	$400	$0	$64,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$64,100	$400	$0	$64,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$52,600	$300	$0	$52,900
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$52,600	$300	$0	$52,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$328,700	$1,700	$0	$330,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$328,700	$1,700	$0	$330,400
TOTAL				1	$866,100	$4,600	$0	$870,700

2024/05/27 11:44 AM

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? Si No

identificación de pago	numero 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ENERO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ.pdf	ENERO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ.pdf	FEBRERO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2024 CONTRATO 1419-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ.pdf	MARZO 2024 CONTRATO 1419-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ CORRECCION.pdf	FEBRERO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ CORRECCION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ CORRECCION.pdf	MARZO 2024 CONTRATO 1449-2024 ANNGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ CORRECCION.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Carga nueva

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

HnykVh5IXO

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

ANGIE LISETH MURCIA GUTIERREZ

1013634112

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 26, 2024

Vigencia de 2 años

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ