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:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31	
Nombre del Contratista:	LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ		**Número de Documento:**	1032500054	
Correo Electrónico:	laurac-barbosa@juanncorpas.edu.co		**Número Telefónico:**	3108918312	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2644-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A10VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	186	0	33060	$6149160	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6149160**	**SEIS MILLONES CIENTOCUARENTA Y NUEVE MIL CIENTOSESENTAPESOS**					

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	$ 12298320	1013

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 6149160
2	MARZO	$ 6149160
3	ABRIL	$ 6149160

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18447480	**$ 30745800**	**$ 18447480**	**$ 12298320**

	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 oportuna y de calidad al paciente y a su familiar en la consulta medica resolutiva y PYD programada por la institución, teniendo en cuenta el cumplimiento de metas de la Sub Red integrada de servicios de salud sur.	-Registro en historia clínica en DINAMICA, RIPS, seguimiento, información diaria de actividades.
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.	-Brindar información y educación al paciente, familiar y comunidad acerca de los tramites administrativos, lineamientos dados por su EPS y a las autoridades en salud sobre casas de vigilancia epidemiología y notificación obligatoria.	-Registro en 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 las historias clínicas dadas por la institución en consulta externa y/o resolutivo, PYD o crónicos en dinámica Gerencial o en físico siguiendo la norma establecida.	-Registro en historia clínica en Dinámica.
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.	--Ayudar en la elaboración y actualización de documentos médicos, adhiriéndose a los mismos, incluidos consentimiento informado, MIPRES, guardando las normas.	-Registro en historia clínica en Dinámica.
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.	-Ayudar en la elaboración y actualización de documentos médicos, adhiriéndose a los mismos, incluidos consentimiento informado, MIPRES, guardando las normas	-Registro de historia clínica en Dinámica.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Realizar demanda inducida y la atención medica de acuerdo a las rutas de atención en salud en el modelo de atención integral en salud.	-Registro en historia clínica.
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.	-Actuar con los equipos misionales para el manejo y cuidado integral del paciente respetando la normatividad vigente.	-Registro en historia clínica

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 evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Brindar la información al paciente, familiar o acudientes, sobre la evolución, riesgo, complicaciones y tratamiento	-Registro en la historia clínica.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades inherentes al objeto del contrato que le sean asignadas por el supervisor del mismo, de acuerdo a las necesidades del servicio y en la entidad donde se labore.	-Registro en historia clínica.

© 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	$ 6149160
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9466298589	-		
2024	**ABRIL**	**2024**	**05**	**10**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**SEIS MILLONES CIENTOCUARENTA Y NUEVE MIL CIENTOSESENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2459664	$ 393546	**$ 393600**
Salud		ALIANSALUD		$ 307458	**$ 307500**
ARL	3	SURA		$ 59917	**$ 60000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 713843**	**$ 761100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	24114702225

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ	2024-05-27 07:34:24
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-05-28 16:31:09
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-05-31 13:24:12
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-05-31 13:24:15

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.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS

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

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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO2644-2024 FEBRERO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 FEBRERO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 MARZO MANUELA BELTRAL.pdf	CTO2644-2024 MARZO MANUELA BELTRAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 ABRIL MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 ABRIL MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 1032500054		BARBOSA ORTIZ LAURA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 41 A SUR N 50-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108918312	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	630717323	9466298589	I	2024/05/15	2024/05/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$761,100

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,459,664	$393,600			$2,459,664	$307,500			$0	$0			$2,459,664	$60,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,459,664	$393,600			$2,459,664	$307,500			$0	$0			$2,459,664	$60,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,459,664	$393,600			$2,459,664	$307,500			$0	$0			$2,459,664	$60,000		$0	$0
1	CC	1032500054	BARBOSA LAURA	230301	30	$2,459,664	$393,600	EPS001	30	$2,459,664	$307,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,459,664	$60,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,459,664	$393,600			$2,459,664	$307,500			$0	$0			$2,459,664	$60,000		$0	$0

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 1032500054		BARBOSA ORTIZ LAURA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 41 A SUR N 50-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108918312	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	630717323	9466298589	I	2024/05/15	2024/05/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$761,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$393,600	$0	$0	$393,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$393,600	$0	$0	$393,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$60,000	$0	$0	$60,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$60,000	$0	$0	$60,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$307,500	$0	$0	$307,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$307,500	$0	$0	$307,500
TOTAL				1	$761,100	$0	$0	$761,100