	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	2621 enero 2024.pdf (Archivado)	2621 enero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2024 NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO2621-2024.pdf (Archivado)	CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2024 NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICACION CUENTA DE COBRO NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO 2621-2024.pdf	CERTIFICACION CUENTA DE COBRO NOHORA MILENA JEREZ GIRON CTO 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Nohora Milena Jerez Giron marzo 2024 cto 2621-2024.pdf	Cuenta de cobro Nohora Milena Jerez Giron marzo 2024 cto 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CURSO SARLAFT Y SICOF.pdf	CURSO SARLAFT Y SICOF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 CTO 2621-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024 CTO 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro abril CTO 2621-2024.pdf	cuenta de cobro abril CTO 2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO CTO2621-2024.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO CTO2621-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2621 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 JEREZ.pdf	CTO 2621 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024 JEREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2621 JULIO 2024.pdf	CTO 2621 JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-08-26, 08:47:14 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065811510

Periodo Cotización: julio de 2024 **Periodo Servicio:** julio de 2024

PAGADO 10/08/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NOHORA MILENA JEREZ GIRON		
Documento	CC52902847	**Dirección**	TV 14BIS SUR #67 G - 43 CASA BIFAMILIAR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3011440111
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52902847	NOHORA MILENA JEREZ GIRON	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 3.703.000	$ 592.500	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 3.703.000	$ 462.900	2,436	$ 3.703.000	$ 90.300	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.145.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 3.703.000	$ 3.703.000	$ 3.703.000	$ 0	$ 592.500	$ 462.900	$ 90.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.145.700	$ 0	$ 1.145.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

8Y5t1k0aY0

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

NOHORA MILENA JEREZ

52902847

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 02 horas

Para constancia se expide:

agosto 23, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

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:**	2024-08-01	**Hasta:**	2024-08-31	
Nombre del Contratista:	NOHORA MILENA JEREZ GIRON		**Número de Documento:**	52902847	
Correo Electrónico:	serunidos@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3102118028	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2621-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A10JC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS EL CARMEN - MATERNO INFANTIL	186	0	33060	$6149160	100%
B01UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS SANTA LIBRADA I	0	84	37000	$3108000	50.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 9257160**	**NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE 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
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 6216000	1020
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 17848320	1541
4	2024-08-01	2024-10-31	4	$ 17848320	2136

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 6149160
2	MARZO	$ 6149160
3	ABRIL	$ 6149160
4	MAYO	$ 7925160
5	JUNIO	$ 9257160
6	JULIO	$ 9257160

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18447480	**$ 72658440**	**$ 44886960**	**$ 27771480**

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.	---REALIZAR VALORACION COMO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD SUBRED SUR ESE.	PARA POBLACION EN CONDICION DE DISCAPACIDAD ENTREGAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD A CADA USUARIO QUE LO SOLICITE
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.	----FOMENTAR POR MEDIO DE LA DIVULGACION DE LA INFORMACION DEL SERVICIO QUE NUESTRA ENTIDAD PRESTA PARA QUE EL USUARIO ESTE ENTERADO DE NUESTRO PROPOSITO Y LA FINALIDAD DEL CERTIFICADO, ADEMAS PROPENDE A LA POBLACION PARA QUE A POBLACION SE RECONOZCA COMO PACIENTE CON DISCAPACIDAD SE EXPLICA DE MANERA DETALLADA CADA DOMINIO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD	SE EXPLICA DE MANERA DETALLADA CADA DOMINIO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
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)	--SE REGISTRA DE MANERA VERAZ Y SECUENCIAL EL REGISTRO DE LA ENTREVISTA QUE SE LE REALIZA A CADA PACIENTE Y SE LE EXPLICA EN TERMINOS AMPLIOS Y COLOQUIALES QUE CADA PREGUNTA SE AJUSTA A UNA CLASIFICACION COMO PACIENTE DEACUERDO A SU DISCAPACIDAD	--SE SUBE ESAS RESPUESTAS A LA PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA SU POSTERIOR GENERACION DE CERTIFICADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-SE GENERA LA VALORACION DEL PACIENTE CON UN TIEMPO APROXIMADO DE 30 MINUTOS DONDE SE LE INDAGA SOBRE LOS APECTOS Y LIMITACIONES DE LA VIDA COTIDIANA, ADEMAS DE QUE TAMBIEN SE LE PIDE CONCEPTO AL ACOMPAÑANTE DEL PACIENTE EN CASO DE QUE ESTE POR SU LIMITACION NO SE PUEDA EXPRESAR	---SE REGISTRAN LAS RESPUESTAS EN LA PLATAFORMA DEL MINISTERIO DE SALUD.
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.	--AL MOMENTO DE IDENTIFICAR EL PACIENTE SE LE DERIVA ADEMAS A DFERENTES SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD DE CENTRO DE SALUD PARA QUE SE HAGA UNA REHABILITACION DE LA ENFERMEDAD Y ASI MISMO SU DIAGNOSTICO SEA APOYADO POR DIFERENTES ESPECIALIDADES CON EL FIN DE MEJORAR LA VALORACION INTEGRAL DE CADA CAS	--EN EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EMITIDO POR MINISTERIO DE SALUD SE LE EXPLICA TANTO AL FAMILIAR COMO A EL PACIENTE SU GRADO DE DISCAPACIDAD DE MANERA QUE ESTE QUEDE MAS ENTERADO Y CON CONCIENCIA EL NIVEL DE LIMITACION QUE PRESENTA EN LA PARTICIPACION Y RESTRICCIONES EN LA VIDA COMUNITARIA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	--EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLINICA QUE APORTA EL PACIENTE SE EVIDENCIA LA NECESIDAD QUE ENFRENTA EL PACIENTE PARA POER LLEVAR A CABO EL PROCESO DE SU PATOLOGIA, POR TANTO NUESTRO SERVICIO DE DISCAPACIDAD FOMENTA AL CIUDADANO A CONTINUAR CON SUS TRATAMIENTOS TANTO DE REHABILITACION COMO FARMACOLOGICO CON EL ANIMO DE PREVENIR MAS SECUELAS	--SE VINCULA AL PACIENTE CON PERSONAL DE SERVICIO DE ATENCION AL USUARIO PARA ADHERIRLO Y CONCIENTIZARLO DE QUE HAY MAS OPCIONES TERAPEUTICAS PARA LA MEJORIA DE SU SALUD Y APACIGUAR SUS DOLENCIAS Y RESTRICCIONES EN LA PARTICIPACION
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.	- -EN EL REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA DENTRO DE LA PLATAFORMA DEL MINSALUD SE EMITE UN DIAGNOSTICO QUE YA VIENE PREVIAMENTE DOCUMENTADO Y QUE DEBE SER ACORDE A SU DISCAPACIDAD POR TANTO AL EVIDENCIAR QUE LOS REGISTROS DE TRATAMIENTOS ESTAN SIN ADHERENCIA POR PARTE DEL PACIENTE SE LE SUGIERE SOLICTAR NUEVAMENTE EL CERTIFICADO CON NUEVOS REGISTROS DE VALORACIONES CON EL FIN DE AMPLIAR LA INFORMACION EN LA PLATAFORMA Y DIGITAR LOS CODIGOS CORRECTOS Y COMPLETOS QUE DEBEN SER ASIGNADOS A CADA LIMITACION Y/O RESTRICCION. -	--SE MOTIVA AL PACIENTE A CONTINUAR SEGUIMIENTOS MEDICOS, SE LE EXPLICA CON CLARIDAD EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SUS PUNTAJES GENERADOS DEACUERDO A LO GENERADO POR SUS RESPUESTAS
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	--AL LLEVAR A CABO LA ENTREVISTA SE ACLARAN DUDAS, SE LE EXPLICA AL PACIENTE QUE SU PRONOSTICO DEBE SER INFORMADO POR EL MEDICO TRATANTE Y QUE DEACUERDO A LA ADHERENCIA QUE TENGA CON EL PROCESO DE REHABILITACION ASI MISMO SE VERA REFLEJADO EN AVANCES EN SALUD	--ENTREGA DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD EMITIDO POR MINSALUD, EXPLICADO AL PACIENTE Y SUA COMPAÑANTE CON FIRMA DE EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

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.	--DIVULGACION A LA POBLACION DE NUESTRAS LOCALIDADES EL CONOMIENTO DE QUE CUENTAN CON NUESTRO SERVICIO DE CERTIFICACION DE DISCAPACIDAD PARA QUE PROMUEVAN LA SOLICITUD DEL CERTIFICADO A TODA LA POBLACION QUE SE RECONOZCA COMO USUARIO CON DISCAPACIDAD QUE ACCEDA CON FACILIDAD A NUESTRA ENTIDAD PARA QUE SEA REGISTRADO POR MEDIO DEL MISMO	---SE VINCULA AL PACIENTE CON ATENCION AL USUARIO PARA QUE CONTINUE CON CITAS PENDIENTES, ASI MISMO QUE SE LE EXPLICA QUE SI TIENE CONOCIMIENTO DE MAS PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD QUE SOLICITEN EL CERTIFICADO CON NUESTRO EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

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	$ 9257160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1065811510	-		
2024	JULIO	2024	08	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTOSESENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 3702864	$ 592458	**$ 592500**
Salud		SALUD TOTAL		$ 462858	**$ 462900**
ARL	3	SURA		$ 90202	**$ 90300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1074645**	**$ 1145700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	004870433358

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NOHORA MILENA JEREZ GIRON	2024-08-26 09:39:58
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-08-26 22:22:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-08-27 14:03:34

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.



GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS