| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-07-01 | **Hasta:** | 2024-07-31 | |
| **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 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 12298320 | 1541 |

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


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 4 | MAYO | $ 6149160 |
| 5 | JUNIO | $ 6149160 |
| 6 | JULIO | $ 6149160 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 18447480** | **$ 43044120** | **$ 36894960** | **$ 6149160** |

| 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. |

| 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. | -Actuar con los equipos misionales para el manejo y cuidado integral del paciente respetando la normatividad vigente. | -Registro en 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. | -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. |

## 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 | 9468988459 | - | | |
| 2024 | JUNIO | 2024 | 07 | 11 | | | | |
| 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 | 2024-07-29 08:05:58 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ | 2024-07-29 08:14:40 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2024-07-29 13:50:55 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ | 2024-07-30 08:13:30 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2024-07-30 09:44:47 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ | 2024-07-30 09:58:07 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2024-07-30 12:45:12 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-07-31 21:04:11 |
| 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 | 2024-08-13 14:59:55 |

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



**GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA**
**DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS**


***© 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 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 |
| 2024-06 | 2024-06 | 768626491 | 9468988459 | I | 2024/07/12 | 2024/07/11 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $768,000 |

**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 | | | $1,147,844 | $6,900 | | | $2,459,664 | $60,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $2,459,664 | $393,600 | | | $2,459,664 | $307,500 | | | $1,147,844 | $6,900 | | | $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 | | | $1,147,844 | $6,900 | | | $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 | CCF24 | 14 | $1,147,844 | $6,900 | 14-11 | 30 | $2,459,664 | $60,000 | 14 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $2,459,664 | $393,600 | | | $2,459,664 | $307,500 | | | $1,147,844 | $6,900 | | | $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 |
| 2024-06 | 2024-06 | 768626491 | 9468988459 | I | 2024/07/12 | 2024/07/11 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $768,000 |

**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 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $6,900 | $0 | $0 | $6,900 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $6,900 | $0 | $0 | $6,900 |
| 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 | $768,000 | $0 | $0 | $768,000 |

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente



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

*blank*

○ 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

*blank*

| | 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 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO2644-2024 MAYO MANUELA BELTRAN.pdf | CTO2644-2024 MAYO MANUELA BELTRAN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CTO2644-2024 JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf (Archivado) | CTO2644-2024 JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO2644-2024JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf | CTO2644-2024JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.