| | | |
|---|---|---|
| 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:** | LINDA ISABEL DIAZ CORTES | | **Número de Documento:** | 36860759 | |
| **Correo Electrónico:** | angeldeluzprotegido@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3105764942 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-28 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1504-2024 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J17TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 162 | 0 | 45550 | $7379100 | 107.2% |
| J02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 0 | 94 | 37000 | $3478000 | 50.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 10857100** | **DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENPESOS** | | | | | |

## 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 | 2024-03-01 | 2024-04-30 | 1 | $ 1148100 | 911 |
| 2 | 2024-04-01 | 2024-06-30 | 2 | $ 24911500 | 1022 |
| 3 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 3 | $ 18871750 | 1547 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 11580300 |
| 2 | MARZO | $ 10213800 |
| 3 | ABRIL | $ 10350450 |
| 4 | MAYO | $ 10931100 |
| 5 | JUNIO | $ 9940500 |
| 6 | JULIO | $ 10857100 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 20646000** | **$ 65577350** | **$ 63873250** | **$ 1704100** |

| 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. | -PRESTAR MIS SERVICIOS COMO MEDICO DE APOYO AL PROCESO UNIDAD RENAL | -PRACTICA CLINICA |
| 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. | -APOYO A PERSONAL DEL AREA ASISTENCIAL CON PACIENTES EN PROCESO DE DIALISIS AMBULATOTRIA Y/ O HOSPITALIZACION | -PRACTICA CLINICA |
| 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) | --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 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 DE ACTUALIZACIÓN DE GUIAS Y PROTOCOLOS SEGUN PERFIL | -Guias y protocolos |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 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. | -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 | -PRACTICA CLINICA |
| 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. | -VALORAR,EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGA REALIZAR EVOLUCIONES MENSUALES | -PRACTICA CLINICA |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico 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 |


***© 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 | $ 9940500 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9470769261 | - | | |
| 2024 | JUNIO | 2024 | 07 | 30 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | NUEVE MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL QUINIENTOS 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 | $ 3976200 | $ 636192 | **$ 643500** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 497025 | **$ 502800** |
| ARL | 3 | COLMENA | | $ 96860 | **$ 98000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 1153973** | **$ 1244300** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DE OCCIDENTE | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 035866508 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LINDA ISABEL DIAZ CORTES | 2024-07-29 18:02:48 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | 2024-07-30 08:31:10 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LINDA ISABEL DIAZ CORTES | 2024-07-30 15:59:37 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | 2024-07-30 16:21:20 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-08-01 08:55:13 |
| 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 14:59:33 |

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**

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 36860759 | | LINDA ISABEL DIAZ CORTES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | GUALCALA CASA 125 | IPIALES-NARIÑO | 7252153 | 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 | 809718103 | 9470769261 | I | 2024/07/15 | 2024/07/30 | BANCO DAVIVIENDA | 15 | $1,244,300 |

**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)** | | | | | $3,976,300 | $636,300 | | | $3,976,300 | $497,100 | | | $0 | $0 | | | $3,976,300 | $96,900 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $3,976,300 | $636,300 | | | $3,976,300 | $497,100 | | | $0 | $0 | | | $3,976,300 | $96,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: IPIALES Depto: NARIÑO ( 1 Afiliados) | | | | | $3,976,300 | $636,300 | | | $3,976,300 | $497,100 | | | $0 | $0 | | | $3,976,300 | $96,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 36860759 | DIAZ LINDA | 25-14 | 30 | $3,976,300 | $636,300 | EPS005 | 30 | $3,976,300 | $497,100 | | 0 | $0 | $0 | 14-25 | 30 | $3,976,300 | $96,900 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $3,976,300 | $636,300 | | | $3,976,300 | $497,100 | | | $0 | $0 | | | $3,976,300 | $96,900 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

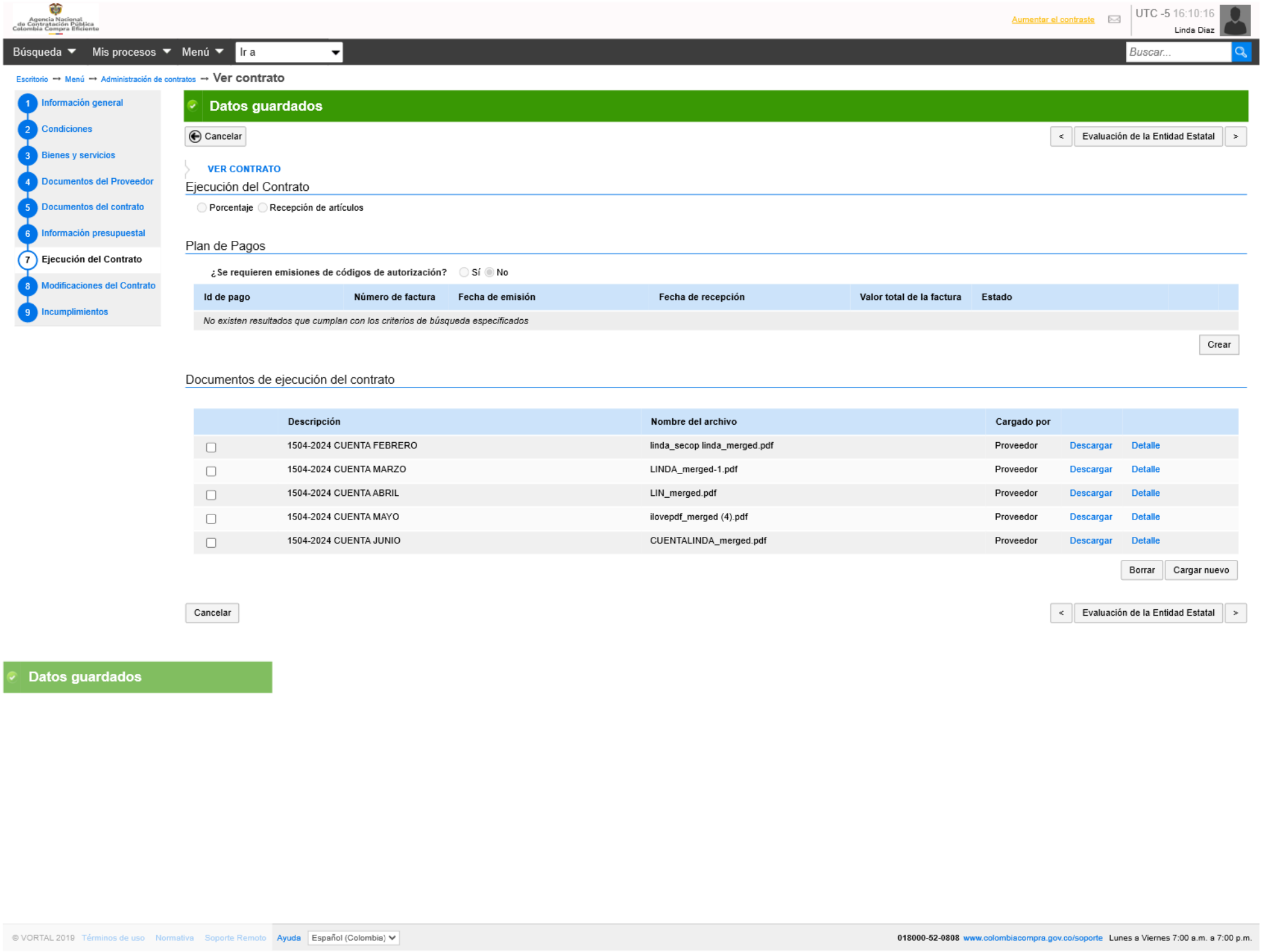
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 36860759 | | LINDA ISABEL DIAZ CORTES | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | GUALCALA CASA 125 | IPIALES-NARIÑO | 7252153 | 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 | 809718103 | 9470769261 | I | 2024/07/15 | 2024/07/30 | BANCO DAVIVIENDA | 15 | $1,244,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $636,300 | $7,200 | $0 | $643,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $636,300 | $7,200 | $0 | $643,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $96,900 | $1,100 | $0 | $98,000 |
| COLMENA | 14-25 | 800,226,175 | 3 | 1 | $96,900 | $1,100 | $0 | $98,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $497,100 | $5,700 | $0 | $502,800 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $497,100 | $5,700 | $0 | $502,800 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$1,230,300** | **$14,000** | **$0** | **$1,244,300** |


Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 16:10:16
Linda Diaz
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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? 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
1504-2024 CUENTA FEBRERO | linda_secop linda_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
1504-2024 CUENTA MARZO | LINDA_merged-1.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
1504-2024 CUENTA ABRIL | LIN_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
1504-2024 CUENTA MAYO | ilovepdf_merged (4).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
1504-2024 CUENTA JUNIO | CUENTALINDA_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Datos guardados
© 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.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

LnxFk3qQK4

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

LINDA ISABEL DIAZ

36860759

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: julio 26, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ

5f94b41e-afd8-4569-b414-2e55ac1f1c2e

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

## *Linda Isabel Diaz Cortes*

ha participado y aprobado el Curso Virtual:

## Diagnóstico y manejo clínico del dengue

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 20 - Porcentaje de aprobación: 95,00 %

24 de octubre de 2020

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

OPS
CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

FIU Robert Stempel College of Public Health & Social Work
Florida International University

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=5f94b41e-afd8-4569-b414-2e55ac1f1c2e