

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-07	2024-07	I	14/08/2024	79415112	\$761.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	307.500	0		0		0	0	0	0	307.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	393.600	0	0	0	0	0	0		393.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	60.000				60.000	0	0	60.000			600	60.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	307.500	307.500
Pensión	1	393.600	393.600
Riesgos Laborales	1	60.000	60.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	761.100	761.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018487568	ANGIE STEPHANIA BONILLA GUERRERO		CARRERA 25 A # 39-53 SUR	5109517	STEFA2112@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	14/08/2024	79415112	\$761.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1018487568	BONILLA GUERRERO ANGIE STEPHANIA	57	0			N																		25-14	2.460.000	393.600	0	0	0	0	EPS008	2.460.000	307.500	14-11	2.460.000	3	60.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

BONILLA GUERRERO ANGIE STEPHANIA

1018487568

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

Inicio

Ver Informe de Actividad

Cuenta de Cobro - Subred Ir

Editar

Descargar archivo | iLovePDF

secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12076758

9 Incumplimientos

¿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
☐	Cuenta febrero contrato No 2635.pdf	Cuenta febrero contrato No 2635.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta marzo contrato No 2635. pdf.pdf	Cuenta marzo contrato No 2635. pdf.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta abril contrato No 2635.pdf	Cuenta abril contrato No 2635.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta mayo contrato No 2635.pdf	Cuenta mayo contrato No 2635.pdf	Proveedor Descargar Detalle
	Cuenta junio contrato No 2635.pdf (Archivado)	Cuenta junio contrato No 2635.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta junio contrato No 2635 (2).pdf	Cuenta junio contrato No 2635 (2).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Cuenta julio contrato No 2635.pdf	Cuenta julio contrato No 2635.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

Borrar

Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

© 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.

Buscar

ES

13°C

Parc. nublado

6:19 PM

8/25/2024

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.													
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
DATOS DEL INFORME															
Periodo a Certificar:		Desde:		2024-08-01		Hasta:		2024-08-31							
Nombre Contratista:		del		ANGIE STEPHANIA BONILLA GUERRERO		Número de Documento:		1018487568							
Correo Electrónico:				stefa2112@hotmail.com		Número Telefónico:		3204754738							
Nombre Supervisor:		del		GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Cargo:		DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS		Código Grado:		- 009-05			
DATOS DEL CONTRATO															
No. Contrato:		2635-2024		Año Contrato:		2024		CDP Contrato Inicial:		465					
Perfil:		MÉDICO GENERAL													
Dirección a la que Perteneces:		DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS													
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	
A10TNCP		DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS		CAPS TUNAL		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					
3		2024-08-01		2024-10-31		3		\$ 12066900		2136					
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro						Valor a Pagar							
1		FEBRERO						\$ 6149160							
2		MARZO						\$ 6149160							

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 6149160	
4	MAYO	\$ 6149160	
5	JUNIO	\$ 5917740	
6	JULIO	\$ 6149160	
7	AGOSTO	\$ 6149160	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 18447480		\$ 55111020	\$ 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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Prestar servicios profesionales como medico para los usuarios de la subred sur cumpliendo estándares de calidad y oportunidad.	Historia 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.	Brindar recomendaciones generales sobre estilos de vida saludables que promuevan el cuidado con el fin de prevenir la enfermedad, educando a los pacientes.	Historia clinica, recomendaciones generales.
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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya)	Diligencia de historia clínica completa, veraz y de acuerdo a lo exigido por la ley.	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.	Diligencia de historia clínica completa, veraz y de acuerdo a lo exigido por la ley.	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.	Realizó la diferente canalización a los programas y rutas que presta la subred sur de manera eficiente y adecuada.	Historia clínica y capacitación rutas integrales.

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Apoyo a los equipos misionales para lograr un manejo integral de los pacientes y fortaleciendo el cuidado del paciente de acuerdo a lo establecido por la ley	Historia clínica seguimiento de pacientes
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Se hace enfoque integral evaluando, realizando seguimiento, diagnosticando y definiendo el tratamiento adecuado para cada paciente	Historia clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	Brindó información adecuada, clara, entendible sobre el enfoque, manejo y pautas a seguir con cada uno de los pacientes.	Historia clínica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Apoyo a los equipos misionales para lograr un manejo integral de los pacientes y fortaleciendo el cuidado del paciente de acuerdo a lo establecido por la ley	Disponibilidad

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	79415112	-		\$ 6149160	
2024	JULIO	2024	08	14					
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2459664	\$ 393546	\$ 393600	
Salud					COMPENSAR		\$ 307458	\$ 307500	
ARL				3	SURA		\$ 59917	\$ 60000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 713843	\$ 761100	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	706062917		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGIE STEPHANIA BONILLA GUERRERO		2024-08-26 20:48:27		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2024-08-27 14:40:34		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-08-28 13:30:34		
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		2024-09-13 08:23:16		

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

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024