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:	OWEN OMAR ALBA TORRES		**Número de Documento:**	74372841	
Correo Electrónico:	owenalba@gmail.com		**Número Telefónico:**	3183728506	
Nombre del Supervisor:	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2357-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	434
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	180	0	37000	$6660000	96.8%
B05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	0	96	37000	$3552000	51.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 10212000**	**DIEZ MILLONES DOSCIENTOS DOCE MIL PESOS**					

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	$ 29304000	1020
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 20868000	1544
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 21312000	2136
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 9768000
2	MARZO	$ 10212000
3	ABRIL	$ 9990000
4	MAYO	$ 10434000
5	JUNIO	$ 10212000
6	JULIO	$ 10656000
7	AGOSTO	$ 10212000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 92130000**	**$ 71484000**	**$ 20646000**

	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 historia clínica de ingreso en el formato establecido por la institución en el sistema	- Entrega de recibo y entrega de turno, registro historia clínica, auditorias concurrentes
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.	- Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de la vida saludable, reforzando las recomendaciones por la parte médica	- 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)	- De forma oportuna y correctamente, diligenciar los certificados y demás documentos de deba entregar a los pacientes y a la institución con ocasión de lo pactado en el presente contrato.	- Registro de historia clínica, notificación de fichas de interés publico, lesiones de causa externa
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.	- Verificar consentimientos establecidos, diligenciando y debidamente firmados por los pacientes según corresponda para cada paciente	- Verificar consentimientos establecidos, diligenciando y debidamente firmados por los pacientes según corresponda para cada paciente.

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 la historia clínica de ingreso en el formato establecido por la institución en el sistema	- Entrega de recibo y entrega de turno, registro historia clínica, auditorias concurrentes
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	- Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de la vida saludable, reforzando las recomendaciones de la parte medica.	- 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.	- Priorizando la solicitud, procesamiento y reporte de paraclínicos e imágenes diagnosticas en conjunto con las diferentes especialidades, articular el traslado de pacientes al área de cuidado según sea el caso	- Historias clínicas, auditorias concurrentes
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	- Informar a las autoridades y familiares de los pacientes sobre la atención brindada conforme a los lineamientos del contratante	- Historias clínicas, auditorias concurrentes
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Teniendo en cuenta la enfermedad actual, antecedentes y comorbilidad se determinara el riesgo de caída, fuga y complicaciones del paciente.	- Teniendo en cuenta la enfermedad actual, antecedentes y comorbilidad se determinara el riesgo de caída, fuga y complicaciones del paciente.

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	$ 10656000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7934427895	-		
2024	JULIO	2024	08	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DIEZ MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 4262400	$ 681984	**$ 682000**
Salud		NUEVA EPS		$ 532800	**$ 532800**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 103832	**$ 103900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1237034**	**$ 1318700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550008400763135

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	OWEN OMAR ALBA TORRES	2024-08-28 22:43:07
ACEPTADO SUPERVISIÓN	DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS	2024-08-29 09:22:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-08-30 13:50:17
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 08:23:11

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.



DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS
DIRECTOR DE SERVICIOS DE URGENCIAS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74372841
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OWEN OMAR ALBA TORRES ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 68G # 73A-09 APTO	TELÉFONO:	5440019
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7934427895**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		839041790

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 682.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 682.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 532.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 532.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 103.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 103.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.318.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.318.700**

Planilla Pagada

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

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		
☐	CTA DE COBRO 2357-2024 FEBRERO.pdf	CTA DE COBRO 2357-2024 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2357-2024 MARZO.pdf	CTA DE COBRO 2357-2024 MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2357-2024 ABRIL 2024.pdf	CTA DE COBRO 2357-2024 ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2357-2024 MAYO 2024.pdf	CTA DE COBRO 2357-2024 MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2357-2024 JUNIO 2024.pdf	CTA DE COBRO 2357-2024 JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA DE COBRO 2357-2024 JULIO 2024.pdf	CTA DE COBRO 2357-2024 JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

NjqB5z4ham

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

OWEN OMAR TORRES ALBA

74372841

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:

agosto 28, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ