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:	FARHI ALONSO DELGADO MEDINA		**Número de Documento:**	79958427	
Correo Electrónico:	farhidelgado@yahoo.com		**Número Telefónico:**	3022921449	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1236-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
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
I06TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	48	0	87750	$4212000	25.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4212000**	**CUATRO 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	$ 8160750	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 1316250	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 5791500	2136

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 8424000
2	MARZO	$ 7371000

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 8424000
4	MAYO	$ 9477000
5	JUNIO	$ 7371000
6	JULIO	$ 5265000
7	AGOSTO	$ 4212000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 48964500	**$ 64233000**	**$ 50544000**	**$ 13689000**

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) Especializado(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.	-Las actividades las realizo como MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA en la unidad de urgencias .	-Atención de acuerdo a programación de actividades por cuadro de asignaciones del supervisor.
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.	-Se realiza atención al paciente mediante consulta médica o atención de servicios de urgencias, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar .	-Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencial.
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).	-Diligencio correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.	-Historia Clínica de paciente en el aplicativo dinámica gerencial.
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 realiza la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad.
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.	-Informar mediante atención al paciente el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica.

© 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.	-Se realiza la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.	-Programación de actividades de acuerdo a agendas con el supervisor.
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.	-Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria.	Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento. -
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Informar de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	-Historia Clinica registrada en dinámica gerencial.
9	9). Cumplir las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y/o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la LA SUBRED SUR E.S.E.	-Cumplo con las actividades programadas en atención de urgencias a pacientes según agendamiento de turnos de acuerdo a los lineamientos estandarizados en la Subred sur.	-Agenda por programación de actividades diarias.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Programación de actividades con supervisor del contrato.

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	$ 5265000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9471271076	* FE220		
2024	JULIO	2024	08	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CINCO MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 2106000	$ 336960	**$ 668100**
Salud		ALIANSALUD		$ 263250	**$ 522000**
ARL	3	POSITIVA		$ 51302	**$ 101800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 611203**	**$ 1291900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570002570060380

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FARHI ALONSO DELGADO MEDINA	2024-08-28 16:41:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2024-08-29 16:35:02
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-08-31 13:33:11
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	2024-09-13 08:22:50

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

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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2024-07	2024-07	841197966	9471271076	I	2024/08/08	2024/08/13	BANCO DAVIVIENDA	5	$1,291,900

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)					$4,159,968	$665,600			$4,159,968	$520,000			$0	$0			$4,159,968	$101,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,159,968	$665,600			$4,159,968	$520,000			$0	$0			$4,159,968	$101,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,159,968	$665,600			$4,159,968	$520,000			$0	$0			$4,159,968	$101,400		$0	$0
1	CC	79958427	DELGADO FARHI	230301	30	$4,159,968	$665,600	EPS001	30	$4,159,968	$520,000		0	$0	$0	14-23	30	$4,159,968	$101,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$4,159,968	$665,600			$4,159,968	$520,000			$0	$0			$4,159,968	$101,400		$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 79958427		DELGADO MEDINA FARHI ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 116 num 53 60 apto 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2132321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	841197966	9471271076	I	2024/08/08	2024/08/13	BANCO DAVIVIENDA	5	$1,291,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$665,600	$2,500	$0	$668,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$665,600	$2,500	$0	$668,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$101,400	$400	$0	$101,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$101,400	$400	$0	$101,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$520,000	$2,000	$0	$522,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$520,000	$2,000	$0	$522,000
TOTAL				**1**	**$1,287,000**	**$4,900**	**$0**	**$1,291,900**

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA

NIT: 79958427-0
Régimen: No responsable de IVA
Tipo de persona: Natural
CL 115 50 71, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6415087
Este comprobante corresponde al periodo de: 01/08/2024 hasta: 31/08/2024.

Autorización facturación electrónica No. 18764075373835 válida desde 2024-07-18 hasta 2025-01-18 rango desde FE217 hasta FE300

DATOS DEL CLIENTE	
NIT:	900958564
Cliente:	subred integrada de servicios de salud sur e.s.e
Dirección:	cr20 47 b 35, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	7300000
Email:	ops.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	
No. de Factura	FE220
Fecha Emisión	25/08/2024 13:06:35-05:00
Fecha Vencimiento	10/09/2024
Moneda	COP Colombia, Pesos
Forma de Pago:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Crédito Bancario
Fecha de Pago:	10/09/2024
Total de Lineas:	1

#	Código	Descripción	U. M.	Cantidad	Precio U.	Impuestos			Dcto.	Total
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85100000 -0	MEDICINA INTERNA cumplimiento de horas programadas en servicio de medicina interna	WSD	48,00	$87.750,00				0,00	$4.212.000,00

Impuesto	Base	Tarifa / Valor Nominal	Importe

Subtotal:	$4.212.000,00
Cargos:	$0,00
Descuento:	$0,00
Total:	$4.212.000,00

CUFE:	e1f31d730b6bddacff8dd748a07a2b78c0bf75298476c7e6eea64f942b70ca9e892f53b50d3c9a68f451e5fb362a09b1
Total con letra:	(cuatro millones doscientos doce mil pesos)

Firma Digital: niAVQziiZRP4LSzLGaKlmlPk1Jmiqr30bE7/m2vmsY3LTl0M2/j62B6ME6B+o07R 02to8ipOr7QktOBwpuoEa6eKgZqicq3TvR3r4vzpHbMWp6+/eY bvKk17WgJH7Avv VrehzvPMSFWafh8Y/qEYi3Soq+U4+yin4S2lvY6kWO5Qqv3P2xvzrQF/dnXRKzit H+E7N7IRq1dCRz2tZZGNQ/U45+F3q+ssWPP BkCaJQ2qojb0xn/DKacr9p3PkQ0Gf RkkPh/e+qRsov+ksnclBkehlHzZJpQkEWVEeCgN82vDsAli3lWcCKtpXUw/Jeh/n Pv9UFnjFs3YeRF5IHgaG xQ==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/08/2024 hasta: 31/08/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

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

○ 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		
☐	CUENTA FEBRERO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - CTO N. 1236 - 2024.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 1236 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	CUENTA JUNIO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	CUENTA JULIO - CTO N. 1236 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JdTPerlVwh

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

FARHI ALONSO DELGADO MEDINA

79958427

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