| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-09-01 | **Hasta:** | 2024-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | JONNAR STHEWAR VIZCAINO PARADA | | **Número de Documento:** | 1129566598 | |
| **Correo Electrónico:** | JONNARSTEWAR29@HOTMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3226522423 | |
| **Nombre del Supervisor:** | RICARDO MARTINEZ GALVIS | **Cargo:** | ENFERMERO | **Código - Grado:** | 243-20 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1411-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 433 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J04ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 0 | 18 | 93450 | $1682100 | 10.3% |
| D01ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 186 | 24 | 88200 | $18522000 | 112.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 20204100** | **VEINTE MILLONES DOSCIENTOS CUATRO 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 | 2024-04-01 | 2024-06-30 | 1 | $ 65935800 | 1022 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 34996500 | 1547 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 42159600 | 2136 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 22352400 |
| 2 | MARZO | $ 23347800 |
| 3 | ABRIL | $ 21697200 |
| 4 | MAYO | $ 19706400 |
| 5 | JUNIO | $ 20405700 |
| 6 | JULIO | $ 21231000 |
| 7 | AGOSTO | $ 21231000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 49215600** | **$ 192307500** | **$ 149971500** | **$ 42336000** |

| | 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. | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos y alojamiento conjunto. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 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. | Puericultura a la madre y el padre durante las visitas de la unidad de recién nacidos, la valoración del recién nacido al momento del nacimiento, estancia en alojamiento conjunto y egreso de la institución. | Historia clínica en 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) | Evolución por turnos de cada paciente asignado de acuerdo a la estancia. | Historia clínica en 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. | Actualización de documentos institucionales según asignación y diligenciamiento de formatos de acuerdo a la necesidad de cada paciente. | Protocolos, guias de manejo y procedimientos institucionales, historia clínica en Dinámica Gerencial, plataforma RUAF, plataforma MIPRES. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Evolución de los pacientes y toma de conducta interdisciplinaria de acuerdo a las necesidades individuales y familiares. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 6 | 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. | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos y alojamiento conjunto. Direccionar para continuar seguimiento y plan de manejo ambulatorio en los casos que amerite. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 7 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento | Informar a la madre, padre o familiar autorizado el plan de manejo actual, la evolución, riesgos y complicaciones presentes o potenciales de los recién nacidos, durante las visitas o en cualquier momento cuando el estado clínico del bebé lo amerite. | Plan de tratamiento individual. Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 8 | 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. | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados. Generación de egresos de acuerdo a evolución. Mitigar los riesgos asociados a la atención en salud. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 9 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Actualización permanente en patologías neonatales. Capacitación al personal de apoyo (enfermería, terapia) en reanimación neonatal (NALS). | Exámenes pre-test y post-test. Listado de asistencia. |
| 10 | 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. | Atender a los usuarios direccionándolos a las áreas institucionales que requieran de acuerdo a sus necesidades de salud. Reportar indicadores de acuerdo a la solicitud. | Informes de gestión. |

## 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 | $ 21231000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 7938268724 | FE1553 | | |
| **2024** | **AGOSTO** | **2024** | **09** | **16** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 8492400 | $ 1358784 | **$ 2222500** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 1061550 | **$ 1634200** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 206875 | **$ 318500** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 2464664** | **$ 4175200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 480900036785 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | VIZCAINO PARADA JONNAR STHEWAR | 2024-09-24 18:20:43 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | RICARDO MARTINEZ GALVIS | 2024-09-25 11:07:22 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-09-26 06:54:40 |

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.



**RICARDO MARTINEZ GALVIS**
**ENFERMERO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1129566598 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JONNAR STHEWAR VIZCAINO PARADA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 80A BIS #22D-00 | TELÉFONO: | 7733334 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de atención |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7938268724** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/09/16 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 917530813 |

## 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 | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 2.222.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 2.222.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 1.634.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.634.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 318.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 318.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 4.175.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 4.175.200** |

**JONNAR STHEWAR VIZCAINO PARADA**

NIT: 1129566598-0

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

CL 22 D BIS 73 A 64 CONJ MODELIA RESERVADO CA 59, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 110110

Tel. 7733334

Email. jonnarstewar29@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764069402300 válida desde 2024-04-22 hasta 2024-10-22 rango desde FE1544 hasta FE15100.

**Cliente:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
**NIT :** 900958564
**Dirección:** Carrera 24C No 54-47 SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110621
**Teléfono:** 7300000
**Email:** contactenos@subredsur.gov.co

**Tipo de negociación:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 10/10/2024
**Total de Lineas:** 1

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** **FE1553**
**MONEDA:** **COP Colombia, Pesos**
**HORA EMISIÓN:** **17:09:38-05:00**
**FECHA FIRMADO:** **16/09/2024 17:09:40**

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 16 | 09 | 2024 | 10 | 10 | 2024 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | SUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR | Servicios de médicos especialistas SEPTIEMBRE2024 | WSD | 1,00 | $20.204.100,00 | | | | 0,00 | $20.204.100,00 |

**Notas**:

**SON**: (veinte millones doscientos cuatro mil cien pesos )
**CUFE**: e79b8fd676914d0448b2770bc87dd662928d385c864e25eae77a6495d49c6fa8efee9f214c634fae178d44ebc0e84bc6

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $20.204.100,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $20.204.100,00 |

**Firma Digital:** UATn9sXnSP6TQkICSyPMHYbzo+LCt5whPQAR5ySWDPGljKYOb6tZTTBHvPfvq8L8
OdqDjiqp8FiYYkQvTXRCIUID2jPHyApMg8bceFKkz6OkNZxxIN
Sxj0xM82zPfJPC rLnd8AKtMaprM8agQ3hCtJk3RFukMgc+ce/2eO4Z3YNvExcACWIkj9E6r4RG304G IvOl/CGu6exMz1uGMmypA1Tvp1b9KkznBpv
Ubc0PLIqNbl1AhpfBa4vVrlyI8SoQ 8hJFXsCexgaZrRXa9sxxU3BJ8Gpm/rAuIA237tDpGGphYO5qRilk488hOOyGfHaD HGRCkY9pRLe6eP4Fn6jC
qw==

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.

**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

## 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero 1411-2024 Jonnar.pdf | Febrero 1411-2024 Jonnar.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo 1411-2024 Jonnar.pdf | Marzo 1411-2024 Jonnar.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 1411-2024 Jonnar.pdf | Abril 1411-2024 Jonnar.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 1411-2024 Jonnar.pdf | Mayo 1411-2024 Jonnar.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 1411-2024 Jonnar.pdf | Junio 1411-2024 Jonnar.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 1411-2024 Jonnar.pdf | Julio 1411-2024 Jonnar.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto 1411-2024 Jonnar.pdf.pdf | Agosto 1411-2024 Jonnar.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

MRjiPtbadp

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

JONNAR STHEWAR VIZCAINO PARADA

1129566598

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## Estrategias del Programa de uso racional y Optimización de antimicrobianos (PROA) V2

Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:

septiembre 12, 2024

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

Vigencia de 1 año

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

T5M5QzDeav

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

JONNAR STHEWAR VIZCAINO PARADA

1129566598

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: mayo 17, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ