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:	FRANCISCO JAVIER VARGAS LOPEZ		**Número de Documento:**	1031150541	
Correo Electrónico:	franciscolopez.21@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143827532	
Nombre del Supervisor:	ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1238-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
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
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	177	0	8590	$1520430	95.2%
I05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	12	8590	$103080	6.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1623510**	**UN MILLON SEISCIENTOS VEINTITRES MIL QUINIENTOS DIEZPESOS**					

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	$ 6648660	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 4329360	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 3487540	2136
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 2319300
2	MARZO	$ 2164680
3	ABRIL	$ 2319300
4	MAYO	$ 2010060
5	JUNIO	$ 1846850
6	JULIO	$ 1640690
7	AGOSTO	$ 1649280
8	SEPTIEMBRE	$ 1623510

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4793220	**$ 19258780**	**$ 15573670**	**$ 3685110**

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 Apoyo Logístico a los Servicios Asistenciales, 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.	--Recibo y entrega de turno, me presento en el área asignada, verificando los equipos asignado	-Historia Clínica
2	2. Brindar trato digno, humanizado con respeto y empatía al cliente interno y externo.	--Diligenciar formatos asignados en tiempo real según corresponda, informar al profesional de enfermería las situaciones presentadas con los equipos y actividades asignada	-Historia Clinica, Formatos, Bitacora
3	3. Realizar diligenciamiento veraz, oportuno y completo de los formatos, documentos, bitácoras y otros equivalentes, implícitos en el proceso de la prestación sus actividades contractuales, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	-participar en la educación del paciente y cuidar sobre los hábitos de la vida saludable	-participar en la educación del paciente y cuidar sobre los hábitos de la vida saludable
4	4. Traslado seguro de pacientes entre áreas de la unidad de acuerdo a normas de la institución	-Verifica consentimientos establecidos, diligenciando y debidamente firmados por los pacientes según corresponda por cada paciente informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-Historia clínica - consentimientos
5	5. Trasporte de muestras de laboratorio y patologías y reclamar resultados de acuerdo a contingencias.	Realizar el traslado de pacientes de acuerdo a sus condiciones medicas teniendo en cuentas las recomendaciones entregadas por el personal de enfermeria	-Historia Clinica
6	6. Trasporte de fórmulas medicas e insumos para servicios asistenciales, documentación e historias clínicas de acuerdo a requerimientos del servicio asignado.	--Verificación de insumos-medicamentos laboratorios clínicos-resultado	-Formulas medicas

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Colaborar en la movilización de pacientes conjuntamente con el personal de enfermería	-Apoyar los servicios asistenciales para la sujeción terapéutica requerida por los pacientes	-participar en la sujeción terapéutica de cada paciente
8	8. Traslado de equipos medico quirúrgicos y biomédicos cuando sea requerido (eco fax, balas de O2, ecógrafos, electrocardiógrafos y otros)	-Verificar consentimientos diligenciados y preparación de pacientes que requiere cada exámenes	-Velar por el cuida
9	9. Apoyo en proceso de limpieza y desinfección de camilla de trasporte, sillas de ruedas, contenedores de materiales y trasporte, neveras de trasporte, balas de O2 con sus soportes de trasporte de acuerdo a manual institucional.	-realizar limpieza y desinfección según asignación del servicio	--Realizar limpieza y desinfección según protocolo institucional
10	10 Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Participar en las capacitaciones para fortalecimiento de las actividades misionales	-Participación en actividades programadas

© 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	$ 1649280
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	79760301	-		
2024	AGOSTO	2024	09	26				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 210500**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 164500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 32100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 407100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24100814547

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FRANCISCO JAVIER VARGAS LOPEZ	2024-09-26 14:33:36
RECHAZADO SUPERVISOR	ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ	2024-09-26 15:15:22
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FRANCISCO JAVIER VARGAS LOPEZ	2024-09-26 15:36:34
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ	2024-09-26 16:15:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-09-28 12:21:47
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	2024-10-11 10:38:06

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.



ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO

© Siasur - 2024

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031150541	FRANCISCO JAVIER VARGAS LOPEZ	CL 59 17 43	3143827532	fjavargas21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	26/09/2024	79760301	$407.100	

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	162.500	0		0		0	16	2.000	0	164.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	16	2.500	0	210.500	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	31.700				31.700	16	400	32.100			317	32.100	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	16	0	0	0
ICBF				
0	16	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	162.500	164.500
Pensión	1	208.000	210.500
Riesgos Laborales	1	31.700	32.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	407.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031150541	FRANCISCO JAVIER VARGAS LOPEZ		CL 59 17 43	3143827532	fjavargas21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-08	2024-08	I	26/09/2024	79760301	$407.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1031150541	VARGAS LOPEZ FRANCISCO JAVIER	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 1238-2024 Javier vargas.pdf	Febrero 1238-2024 Javier vargas.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1238-2024 MARZO 2024.pdf	CTO 1238-2024 MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1238-2024 ABRIL 2024.pdf.pdf	CTO 1238-2024 ABRIL 2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1238-2024 MAYO 2024.pdf	CTO 1238-2024 MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1238-2024 JUNIO 2024.pdf	1238-2024 JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1238-2024 JULIO 2024.pdf.pdf	CTO 1238-2024 JULIO 2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1238-2024 AGOSTO 2024.pdf.pdf	CTO 1238-2024 AGOSTO 2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

AHKlHFflC7

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

FRANCISCO JAVIER VARGAS LOPEZ

1031150541

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: septiembre 26, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ