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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	LAURA XIMENA BELTRAN TUNAROZA		**Número de Documento:**	1033819296	
Correo Electrónico:	lauximena.bel@gmail.com		**Número Telefónico:**	3138679124	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2746-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS SAN BENITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A10JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	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	$ 12298320	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 6149160	2617

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 6149160

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 6149160
3	ABRIL	$ 6149160
4	MAYO	$ 6149160
5	JUNIO	$ 6149160
6	JULIO	$ 6149160
7	AGOSTO	$ 6149160
8	SEPTIEMBRE	$ 6149160
9	OCTUBRE	$ 6149160

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18447480	**$ 61491600**	**$ 55342440**	**$ 6149160**

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.	-Prestar servicios de salud como médico general en la Unidad de Servicios de Salud asignadas (Manzana del Cuidado - Casa de Justicia, Manitas y USS San Benito)	-Asistencia a la Unidad de Servicios de Salud asignadas (Manzana del Cuidado - Casa de Justicia, Manitas y USS San Benito)
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.	-Realización de actividades de promoción y prevención de la enfermedad y el autocuidado de la salud.	-Dar recomendaciones durante la valoración médica en el consultorio de acuerdo con las necesidades , patologías y ciclo de vida del paciente.
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)	-Registro de la historia clínica durante la valoración médica en el consultorio de cada paciente agendado o espontáneo en la Unidad de Servicios de Salud asignados de acuerdo con las normas vigentes que rigen las unidades de salud	-Historia clínica individual 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.	-Adherencia a los protocolos y guías de práctica clínica establecidos por la Subred y la Secretaría de Salud para cada una de las patologías de los pacientes asignados o espontáneos, así como la renovación de formato MIPRES en los casos que amerite.	-Historia clínica individual en Dinámica Gerencial y formato MIPRES.

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.	-.Identificación de las necesidades de cada paciente durante la valoración médica en el consultorio para lograr una adecuada canalización a las metas de atención en salud de acuerdo a su ciclo de vida.	- Historia Clínica individual en Dinámica Gerencial. Base de datos de USS San Benito
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Generar manejo y cuidado integral del paciente de acuerdo con las normas vigentes, sus necesidades y su ciclo de vida.	-Historia Clínica en Dinámica Gerencial.
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.	-Valoración, diagnóstico, tratamiento y posterior seguimiento (revaloración) de acuerdo al cuadro clínico que se evidencie durante la valoración médica en el consultorio de SUPERCADE Manitas y Casa de JusticiaTunjuelito de cada uno de los pacientes asignados o espontáneos.	- Historia Clínica individual en Dinámica Gerencial. Base de datos de USS San Benito
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Dar información clara y precisa sobre el diagnóstico y tratamiento al familiar, acudiente o tutor legal del paciente valorado en el consultorio.	-Historia Clínica en Dinámica Gerencial.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cumplir con las demás actividades que sean al perfil de médico general en la Unidad de Servicios de Salud asignadas.	-Charlas, conferencia de temas asignados de pertinencia para el servicio de Medicina General

© 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	$ 6149160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80916940	-		
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	10				

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		NUEVA EPS		$ 307458	**$ 307500**
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 59917	**$ 60000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 713843**	**$ 761100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4622048633

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LAURA XIMENA BELTRAN TUNAROZA	2024-10-28 11:53:19
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-10-30 12:44:31
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-31 22:22:23
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	2024-11-14 11:18:45

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

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	1033819296	LAURA XIMENA BELTRAN TUNAROZA	carrera 7 # 52 - 67 Sur	7697748	lauximena.bel@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80916940	$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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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

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
CC	1033819296	LAURA XIMENA BELTRAN TUNAROZA		carrera 7 # 52 - 67 Sur	7697748	lauximena.bel@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80916940	$761.100	

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	1033819296	BELTRAN TUNAROZA LAURA XIMENA	59	0			N																	25-14	2.459.664	393.600	0	0	0	0	EPS037	2.459.664	307.500	14-7	2.459.664	3	60.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	6937-2023 ENERO USS SAN BENITO.pdf (Archivado)	6937-2023 ENERO USS SAN BENITO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 FEBRERO USS San Benito.pdf	2746-2024 FEBRERO USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de Actividades Número 175553 (1).pdf (Archivado)	Informe de Actividades Número 175553 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 MARZO USS San Benito.pdf	2746-2024 MARZO USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de actividades 181323.pdf (Archivado)	Informe de actividades 181323.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 ABRIL USS San Benito.pdf	2746-2024 ABRIL USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de actividades 190505.pdf (Archivado)	Informe de actividades 190505.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 MAYO USS San Benito.pdf	2746-2024 MAYO USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 JUNIO USS San Benito.pdf	2746-2024 JUNIO USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 JULIO USS San Benito.pdf	2746-2024 JULIO USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 AGOSTO USS Danubio Azul Nuevo.pdf	2746-2024 AGOSTO USS Danubio Azul Nuevo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2746-2024 SEPTIEMBRE USS San Benito.pdf	2746-2024 SEPTIEMBRE USS San Benito.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

dZCPC5TFHV

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

LAURA XIMENA BELTRAN TUNAROZA

1033819296

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SOCIALIZACIÓN GUÍA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN ADULTOS

Con una intensidad horaria de : 1 hora

Para constancia se expide:
octubre 21, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

LAURA XIMENA BELTRAN TUNAROZA

1033819296

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

IMPLEMENTACIÓN MODALIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS TELESALUD

Con una intensidad horaria de : 6 horas

Para constancia se expide:
octubre 21, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ