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:	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ		**Número de Documento:**	8645654	
Correo Electrónico:	javisarmientoruiz@yahoo.com		**Número Telefónico:**	3008082639	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1347-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGÍA				
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
I20ORTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	168	0	100000	$16800000	90.3%
A28TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	0	24	100000	$2400000	12.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 19200000**	**DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS 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	$ 35400000	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 26400000	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 33200000	2136
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 20400000
2	MARZO	$ 15600000
3	ABRIL	$ 18000000
4	MAYO	$ 15600000
5	JUNIO	$ 15600000
6	JULIO	$ 15600000
7	AGOSTO	$ 18000000
8	SEPTIEMBRE	$ 19200000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 55800000	**$ 150800000**	**$ 138000000**	**$ 12800000**

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.	- (SOGC) y muchas normas concordantes - Prestación de servicios de perfil médico especializado acorde con la lex artis.	-Historia clínica y registro de anestesia.
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	-Informar, educar y comunicar sobre acciones de prevención de enfermedades y autocuidado de la salud.	-Historia clínica, formatos de registro de actividades.
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).	-Registrar en la Historia clínica y el formato de registro de anestesia toda la información del acto médico con los criterios definidos por el código de ética médica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes.	-Historia clínica y formato de registro anestésico.
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.	-Participar activamente en la elaboración, actualización y diligenciamiento de formatos, protocolos, guía, consentimientos, incluyendo el formulario MIPRES.	-Formatos, Guías; Protocolos, Consentimientos, Formulario MIPRES y actas de reuniones

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.	-Diligenciar los formatos de registro de atención en salud que permitan identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de pacientes y enfermedades de los mismos.	-Historia clínica y formatos de registro de pacientes y diagnósticos.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Interactuar con los diferentes actores misionales de la SUBRED SUR ESE en procura de una atención y cuidado integrales del paciente.	-Historia clínica y formato de registro de anestesia
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.	-Valorar, Diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes que consulta al al SUBRED SUR ESE	-Valorar, Diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes que consulta al al SUBRED SUR ESE
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, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnóstico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro.	-Historia Clínica, Formatos de Consentimiento y Registro anestesicos
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.	-Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propuestos misionales de la SUBRED SUR E:S:E	-Actas de Reuniones y Actividades
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Cursos y demás actualizaciones para procurar ampliar el espectro de conocimientos.	- Certificados y/o diplomas de cursos respectivos

© 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	$ 18000000
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	80130100	JERS - 269		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**09**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**DIECIOCHO MILLONES DE PESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 7200000	$ 1152000	**$ 1224000**
Salud		SALUD TOTAL		$ 900000	**$ 900000**
ARL	3	SURA		$ 175392	**$ 175400**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 2089584**	**$ 2299400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	8870423012

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ	2024-09-24 13:45:55
RECHAZADO SUPERVISOR	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2024-09-24 15:16:56
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ	2024-09-25 19:45:37
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2024-09-27 10:44:45
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-09-28 20:31:46
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 10:38:02

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
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024