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:	SAMAEL VARGAS TOVAR		**Número de Documento:**	80123600	
Correo Electrónico:	sama.05@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3168761394	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2744-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	465
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A10ULN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO	54	0	33060	$1785240	29%
A10VM	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MOCHUELO	132	0	45330	$5983560	97.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7768800**	**SIETE MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS 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	$ 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	$ 10051020	2617

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 6149160
2	MARZO	$ 6149160
3	ABRIL	$ 6149160
4	MAYO	$ 6149160
5	JUNIO	$ 6149160
6	JULIO	$ 6149160
7	AGOSTO	$ 6149160
8	SEPTIEMBRE	$ 6149160

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 18447480	**$ 65393460**	**$ 49193280**	**$ 16200180**

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.	-CONSULTA MEDICA RESOLUTIVA - historia clínica y dinámica -	-historia clínica y dinámica
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.	EN LA CONSULTA MEDICA SE BRINDA INFORMACIÓN DE COMO PROMOVER UNA MEJOR SALUD EN LA VIDA DIARIA DEL PACIENTE POR MEDIO DE RECOMENDACIONES DE BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS, MEJORAR ESTILO DE VIDA Y PROMOVER EDUCACIÓN DE PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	-HISTORIA CLÍNICA
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)	-SE INDAGA EN LA CONSULTA MEDICA INFORMACIÓN DEL PACIENTE EDAD GENERO PROCEDENCIA EDUCACIÓN, MOTIVO DE CONSULTA ENFERMEDAD ACTUAL EXÁMENES FÍSICO SE LLEGA A UN DIAGNOSTICO POR MEDIO DE EXÁMENES Y PARACLINICOS QUE SEAN NECESARIOS PARA LLEGAR A UN TRATAMIENTO -	-HISTORIA CLÍNICA -HISTORIA CLÍNICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-DENTIFICANDO EN LA CONSULTA MEDICA LAS NECESIDADES CLÍNICA QUE EL PACIENTES NECESITAN Y LA ELABORACIÓN DE FORMATOS COMO MIPRES Y REALIZÁNDOLOS CON TODOS LOS DATOS QUE SE NECESITAN - HISTORIA CLÍNICA Y FORMATOS DEL PACIENTE -	-HISTORIA CLÍNICA Y FORMATOS DEL PACIENTE
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.	EN LA CONSULTA MEDICA SE INDAGA SOBRE LAS NECESIDADES QUE PRESENTA EL USUARIO EN UN BUEN INTERROGATORIO BUEN EXAMEN FÍSICO Y UN BUEN DIAGNOSTICO PARA GUIARLOS O INTERCONSULTAR A LA NECESITA QUE REQUIERA EL PACIENTE PARA CANALIZARLO A LA RUTA QUE REQUIERA -HISTORIA CLÍNICA E INTERCOLCONSULTAS - -	-HISTORIA CLÍNICA E INTERCOLCONSULTAS
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	EN LA CONSULTA MEDICA CANALIZAR AL USUARIO Y EN RUTAR AL PACIENTE SEGÚN SU NECESIDAD Y REQUERIMIENTO EN SU PATOLOGÍA DE BASE - -	-HISTORIA CLÍNICA E INTERCONSULTAS HISTORIA CLÍNICA E INTERCONSULTAS
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.	-SE INDAGA EN LA CONSULTA MEDICA INFORMACIÓN DEL PACIENTE EDAD GENERO PROCEDENCIA EDUCACIÓN, MOTIVO DE CONSULTA ENFERMEDAD ACTUAL EXÁMENES FÍSICO SE LLEGA A UN DIAGNOSTICO POR MEDIO DE EXÁMENES Y PARACLINICOS QUE SEAN NECESARIOS PARA LLEGAR A UN TRATAMIENTO Y RESOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA	--HISTORIA CLÍNICA Y FORMULACIÓN PACIENTE
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-CON INFORMACIÓN CLARA LENGUAJE QUE ENTIENDAN LOS FAMILIARES Y PACIENTES EL ESTADO DE SALUD DE SU FAMILIAR -	AUDITORIAS HISTORIA CLÍNICA
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN -GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN -GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN -	-GUÍAS REUNIONES CURSOS REVISTAS MEDICAS , REUNIONES PROGRAMADAS POR LA INSTITUCIÓN

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**	80324459	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**23**				
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	PORVENIR	$ 2459664	$ 393546	**$ 399600**
Salud		COMPENSAR		$ 307458	**$ 312200**
ARL	3	SURA		$ 59917	**$ 61000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 713843**	**$ 772800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24096562891

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SAMAEL VARGAS TOVAR	2024-10-30 09:19:04
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-10-30 12:20:57
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-31 22:22:19

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	80123600	SAMAEL VARGAS TOVAR	TRANSVERSAL 13 f bis este N 50- 34 sur	6013918415	sama.05@hotmail.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	
2024-09	2024-09	I	23/10/2024	80324459	$772.800	

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	307.500	0		0		0	21	4.700	0	312.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	393.600	0	0	0	0	21	6.000	0	399.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	60.000				60.000	21	1.000	61.000			600	61.000	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	21	0	0	0
ICBF				
0	21	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	312.200
Pensión	1	393.600	399.600
Riesgos Laborales	1	60.000	61.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	761.100	772.800

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	80123600	SAMAEL VARGAS TOVAR		TRANSVERSAL 13 f bis este N 50- 34 sur	6013918415	sama.05@hotmail.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	
2024-09	2024-09	I	23/10/2024	80324459	$772.800	

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	80123600	VARGAS TOVAR SAMAEL	57	0			N																	230301	2.459.664	393.600	0	0	0	0	EPS008	2.459.664	307.500	14-11	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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2744-2024.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744-2024 FEBRERO.pdf	CTO 2744-2024 FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744-2024 MARZO.pdf.pdf	CTO 2744-2024 MARZO.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTAABRIL CONTRATO No 2744-2024.pdf (Archivado)	CUENTAABRIL CONTRATO No 2744-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744-2024 ABRIL.pdf	CTO 2744-2024 ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744-2024 MAYO.pdf	CTO 2744-2024 MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744- 2024 JUNIO.pdf	CTO 2744- 2024 JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTA-2744-2024 JULIO.pdf	CTA-2744-2024 JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744- 2024 agosto.pdf	CTO 2744- 2024 agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2744- 2024 SEPTIEMBRE.pdf	CTO 2744- 2024 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< | Evaluación de la Entidad Estatal | >