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:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA		**Número de Documento:**	51578058	
Correo Electrónico:	gloriasnavas@gmail.com		**Número Telefónico:**	3158563076	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1480-2024	**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
I20ESTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	90	0	100000	$9000000	48.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 9000000**	**NUEVE MILLONES DE 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	$ 0	0
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 7200000	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 18000000	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 9000000	2617

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 9000000

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 9000000
3	ABRIL	$ 9000000
4	MAYO	$ 9000000
5	JUNIO	$ 9000000
6	JULIO	$ 9000000
7	AGOSTO	$ 9000000
8	SEPTIEMBRE	$ 9000000
9	OCTUBRE	$ 9000000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 55800000	**$ 90000000**	**$ 81000000**	**$ 9000000**

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.	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 y 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 medico con los criterios definidos por el código de ética medica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes	Historia clínica y formato de registro de anestesia
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, protocolos, guías, consentimientos, formularios MIPRES y actas de reuniones

© Siasur - 2024

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 identificar, caracterizar, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de pacientes y enfermedades de los mismos	Formatos de registro de atención en salud
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 integral del paciente	Historia Clínica y Actas de reuniones
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 consultan al SUBRED SUR ESE	Historia Clínica y Formatos de registro de Anestesia
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento.	Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	Historia Clínica y Formato de registro de Anestesia
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.	Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	Historia Clínica y Formato de registro de Anestesia
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propósitos misionales de la SUBRED SUR E.S.E	Actas de actividades y reuniones

© 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	$ 9000000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81012282	GSNG-335		
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	15				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NUEVE MILLONES DE PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 3600000	$ 576000	**$ 624000**
Salud		COMPENSAR		$ 450000	**$ 487500**
ARL	3	SURA		$ 87696	**$ 95100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1044792**	**$ 1206600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	001660001668

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA	2024-10-28 10:02:49
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2024-10-28 21:15:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-30 17:25:13
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 11:18:23

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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
f006f018fe45e9936b4e239e6a14dbe605d7b653a186e57cec021822b0e4fad6e12db1fb7182b2a9fc0bb62b07c2da03

Número de Factura: GSNG-335
Fecha de Emisión: 28/10/2024
Fecha de Vencimiento: 31/10/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: NAVAS GARCIA GLORIA STELLA
Nombre Comercial: NAVAS GARCIA GLORIA STELLA
Nit del Emisor: 51578058
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-23
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 22 127 D 80 AP 503 BRR LA CALLEJA
Teléfono / Móvil: 4727952
Correo: gloriasnavas@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 9009585649
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CARRERA 20 #47B - 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7428585
Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	Precio unitario de venta
1	85121609	Servicios Medicos Especializados	HUR	90,00	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.000.000,00

Notas Finales

HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO ANESTESIOLOGO DURANTE EL PERIODO DEL 1 AL 31 DE OCTUBRE DE 2024
Linea de negocio: SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

Datos Totales

Documento generado el:
28/10/2024 09:12:00
Documento validado por la DIAN:
28/10/2024 09:12:01
XML Generado por:
Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			9.000.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			9.000.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			9.000.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	9.000.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764073637782 Rango desde: 321 Rango hasta: 500 Vigencia: 2024-12-24

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA	**NIT:**	51578058
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2024
Número de Radicación:	81012282	**Total a pagar:**	$1,206,600
Fecha de vencimiento:	15/10/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	15/10/2024	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	981619712
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$95,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$624,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$487,500
						$1,206,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

○ 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Cuenta Febrero 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta Febrero 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Marzo 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro Marzo 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Abril 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro Abril 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro mayo 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro mayo 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Junio 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro Junio 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Julio 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro Julio 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Agosto 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro Agosto 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de Cobro Septiembre 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Cuenta de Cobro Septiembre 2024 PS 1480 - 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >