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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CTO 2604 2024 FEBRERO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | CTO 2604 2024 FEBRERO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | CTO 2604 2024 MARZO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf (Archivado) | CTO 2604 2024 MARZO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2604 2024 MARZO CENTRO DE SALUD DANUBIO..pdf | CTO 2604 2024 MARZO CENTRO DE SALUD DANUBIO..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2604 2024 ABRIL CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | CTO 2604 2024 ABRIL CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2604 2024 MAYO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | CTO 2604 2024 MAYO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2604 2024 JUNIO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | CTO 2604 2024 JUNIO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTO 2604 2024 JULIO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | CTO 2604 2024 JULIO CENTRO DE SALUD DANUBIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52546719 | | MARTINEZ OSPINA PAOLA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crr 44B#70A-22 Sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4576786 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-07 | 849924387 | 9470193156 | I | 2024/08/06 | 2024/08/16 | BANCO DAVIVIENDA | 10 | $405,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52546719 | MARTINEZ PAOLA | 230301 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS002 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52546719 | | MARTINEZ OSPINA PAOLA ANDREA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Crr 44B#70A-22 Sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4576786 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-07 | 2024-07 | 849924387 | 9470193156 | I | 2024/08/06 | 2024/08/16 | BANCO DAVIVIENDA | 10 | $405,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $1,600 | $0 | $209,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $208,000 | $1,600 | $0 | $209,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $300 | $0 | $32,000 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $300 | $0 | $32,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $1,300 | $0 | $163,800 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $162,500 | $1,300 | $0 | $163,800 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$402,200** | **$3,200** | **$0** | **$405,400** |

u6yAiGdeHe

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

MARTINEZ OSPINA PAOLA ANDREA

52546719

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 02 horas

Para constancia se expide:
agosto 22, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-08-01 | **Hasta:** | 2024-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | PAOLA ANDREA MARTINEZ OSPINA | | **Número de Documento:** | 52546719 | |
| **Correo Electrónico:** | pmartinezospina@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3184389151 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2604-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 465 |
| **Perfil:** | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A38ULN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO | 186 | 0 | 8980 | $1670280 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1670280** | **UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 3340560 | 1013 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 3340560 | 1541 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 3340560 | 2136 |

| | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | FEBRERO | $ 1670280 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | MARZO | $ 1670280 |
| 3 | ABRIL | $ 1670280 |
| 4 | MAYO | $ 1670280 |
| 5 | JUNIO | $ 1670280 |
| 6 | JULIO | $ 1670280 |
| 7 | AGOSTO | $ 1670280 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5010840** | **$ 15032520** | **$ 11691960** | **$ 3340560** |


***© Siasur - 2024***

| 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 Auxiliar de Enfermería 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 | -Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud, según el perfil | -Programación por parte del profesional de enlace, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección |
| 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. | -Apoyo a la demanda inducida, apoyo en los procedimientos de enfermería, cumplir con protocolos de desinfección de los consultorios | -Charlas, actas correos, formatos de asistencia |
| 3 | 3). Registrar en la historia clínica la informaciòn de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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,sustituya) | -Realizar oportunamente las notas de enfermeria, en las historias clinicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos | -Historia clínica, DINAMICA |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Realizar Pre crítica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios | -Bases de datos |
| 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. | -Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud y las RIAS | -Resolución de casos y disminución de quejas |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Resolución de casos y disminución de quejas | -Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correos electrónicos |


***© 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 | $ 1670280 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9470193156 | - | | |
| 2024 | JULIO | 2024 | 08 | 16 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 209600** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 162500 | **$ 163800** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 32000** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 405400** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870449263 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | PAOLA ANDREA MARTINEZ OSPINA | 2024-08-26 15:20:07 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2024-08-26 23:40:30 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-08-27 14:01:37 |
| 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 | 2024-09-13 08:23:15 |

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**


***© Siasur - 2024***