

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31			
Nombre del Contratista:	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO			Número de Documento:	1010186737		
Correo Electrónico:	albalopezasa@gmail.com			Número Telefónico:	3106742472		
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS		Código Grado:	-	009-05

DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	2221-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	434	
Perfil:	MÉDICO GENERAL					
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS					
Unidad de Servicios:	USS TUNJUELITO					

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNJUELITO	186	6	37000	\$7104000	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 7104000	SIETE MILLONES CIENTOCUATRO 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	\$ 12989220		1020	
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 19200780		1544	
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 14430000		2136	
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 6882000		2617	
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 10434000		2773	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	FEBRERO	\$ 7326000	
2	MARZO	\$ 7548000	
3	ABRIL	\$ 7326000	
4	MAYO	\$ 7104000	
5	JUNIO	\$ 7104000	
6	JULIO	\$ 7548000	
7	AGOSTO	\$ 8214000	
8	SEPTIEMBRE	\$ 7104000	
9	OCTUBRE	\$ 7548000	
10	NOVIEMBRE	\$ 8658000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 20646000		\$ 84582000	\$ 75480000
			\$ 9102000
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-1. Realizar la debida valoración y evolución de los pacientes en los horarios establecidos	-Historia clínica
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.	-2. Se brinda la información pertinente de la atención prestada encaminada a la promoción y prevención en cada patología	-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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya)	-3. Se realiza historia clínica completa según lo estipulado en las resoluciones previamente descritas	-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.	-4. Se diligencia consentimiento según alineamientos de la subred sur para cada procedimiento a seguir, además actualización y seguimiento de protocolos	-Historia clínica
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.	-5. Conocer las diferentes rutas de atención estipuladas en la subred sur para así lograr su adecuada canalización	-Historia clínica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-6. Conocer la normatividad para realizar las actividades de equipos misionales	-Historia clínica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-7. Se brinda y ejecuta la atención medica bienestar hacia el paciente	-Historia clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-8. Se brinda la información pertinente de la atención prestada	-Historia clínica
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-9. Conocer y fortalecer todo tipo de actividad misional asociada con el perfil	-Historia clínica

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes de Anterior		\$ 8658000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82609819	-			
2024	NOVIEMBRE	2024	12	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					OCHO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 3463200	\$ 554112	\$ 554300	
Salud					COMPENSAR		\$ 432900	\$ 433000	
ARL				3	SURA		\$ 84364	\$ 84400	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1005090	\$ 1071700	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550450600103342		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO		2024-12-11 16:02:39		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2024-12-11 16:34:13		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-12-16 05:32:54		

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.

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010186737	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO		Calle 7 # 70 -52	6015278581	albalopezasa@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						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82609819	TOTAL A PAGAR
					\$1.141.900

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	433.000	0		0		0	1	300	0	433.300	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	554.300	0	0	0	0	1	400	0	554.700	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	84.400				84.400	1	100	84.500			844	84.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	69.300	1
						100	Total a Pagar
						69.400	No. Afiliados
							1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	433.000	433.300
Pensión	1	554.300	554.700
Riesgos Laborales	1	84.400	84.500
CCF	1	69.300	69.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.141.000	1.141.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010186737	ALBA NIDIA LOPEZ CASTRO		Calle 7 # 70 -52	6015278581	albalopezasa@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
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82609819	\$1.141.900
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1010186737	LOPEZ CASTRO ALBA NIDIA					59	0		N																	230201	3.464.000	554.300	0	0	0	0	EPS010	3.464.000	433.000	14-11	3.464.000	3	84.400	CCF24	3.464.000	69.300	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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 de cobro febrero 2024-Alba Nidia.pdf	Cuenta de cobro febrero 2024-Alba Nidia.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Albanidia_merged.pdf (Archivado)	Albanidia_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro marzo 2024- Alba Nidia.pdf	Cuenta de cobro marzo 2024- Alba Nidia.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta mes de abril2024 Alba Nidia Castro.pdf	Cuenta mes de abril2024 Alba Nidia Castro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Alba Nidia López- mayo 2024.pdf	Alba Nidia López- mayo 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Editar					
☐	Cuenta de cobro junio -Alba Nidia López.pdf	Cuenta de cobro junio -Alba Nidia López.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuentta de cobro julio 2024 Alba Nidia López.pdf	Cuentta de cobro julio 2024 Alba Nidia López.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Alba Nidia López, mes de agosto 2024.pdf	Cuenta de cobro Alba Nidia López, mes de agosto 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro sept. 2024. Alba Nidia L'poez.pdf	Cuenta de cobro sept. 2024. Alba Nidia L'poez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de octubre 24-Alba López.pdf	Cuenta de cobro mes de octubre 24-Alba López.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro mes de noviembre -24 Alba Nidia López.pdf	Cuenta de cobro mes de noviembre -24 Alba Nidia López.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo