

**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:	WENDY YOJAIL CHIRI		Número de Documento:	452565
Correo Electrónico:	WCHIRI.IPS.HCO@GMAIL.COM		Número Telefónico:	3183696858
Nombre del Supervisor:	MARISOL VELANDIA PEDRAZA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD	Código Grado: - 242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5976-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	1494
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V03JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNJUELITO	120	0	33060	\$3967200	64.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3967200	TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-06-07			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2024-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2024-06-01	2024-08-31	1	\$ 474840	1544
2	2024-07-01	2024-08-31	2	\$ 2103840	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 17654040	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 3570480	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 4562280	2773
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
1	JUNIO	\$ 2578680		
2	JULIO	\$ 5355720		
3	AGOSTO	\$ 6149160		
4	SEPTIEMBRE	\$ 5355720		
5	OCTUBRE	\$ 4363920		
6	NOVIEMBRE	\$ 4165560		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6149160		\$ 34514640	\$ 27968760	\$ 6545880
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Prestar servicios de perfil (medico(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.	-En el mes de diciembre se desarrollaron actividades como médico general en hospitalización domiciliaria como son búsqueda activa de pacientes, revisión historia clínica, valoración del paciente, interconsulta a trabajo social, valoración de 11 pacientes en el domicilio, formulación plan de manejo y egreso del paciente	-Historia clínica en dinámica gerencial.	
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Se brindo educación a los familiares y cuidadores en hospitalización domiciliaria sobre signos de alarma, higienes y aseo del paciente, prevención de caídas en el hogar, alimentación saludable y balanceada.	-Registro en historia clínica dinámica gerencial.	
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas 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 realiza respuesta a 4 interconsultas y valoración de paciente en el domicilio	-Registro en historia clínica dinámica gerencial.	
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion 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.	-Se apoya en la mejora de los formatos y documentos del programa de hospitalización domiciliaria.	-Se realizó acta de soporte.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Se canaliza a los programas y rutas de promoción y prevención, de acuerdo a necesidades identificadas.	-Historia clínica de dinámica gerencial
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Articulación con personal médico de urgencias y hospitalización para identificación de candidatos al programa de Hospitalización Domiciliaria.	-Registro interconsultas dinámica gerencial
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.	-Se realiza valoración, diagnóstico, y se define plan de tratamiento, de acuerdo al manejo de médico tratante con cada paciente de hospitalización domiciliaria.	-Registro en historia clínica dinámica gerencial.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Se reportan novedades presentadas en el desarrollo de las actividades al líder del proceso. Y se informa a familiares y cuidadores novedades en el tratamiento o plan de manejo del paciente.	-Registro en historia clínica dinámica gerencial.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realizan aportes y sugerencias para el fortalecimiento del programa de hospitalización domiciliaria	-Actas de reunión

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	\$ 4165560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	NOVIEMBRE	2024	12	11	82586256	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CIENTOSESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1666224	\$ 266596	\$ 569600
Salud					COMPENSAR		\$ 208278	\$ 445000
ARL				3	SEGUROS BOLIVAR		\$ 40589	\$ 86800
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 483572	\$ 1101400

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0563200138

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	WENDY YOJAIL CHIRI	2024-12-12 12:10:56
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARISOL VELANDIA PEDRAZA	2024-12-12 12:56:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-12-16 07:15:07

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.



MARISOL VELANDIA PEDRAZA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CE	452565	WENDY YOJAIL CHIRI		Crr 20 N 50 58	3183696858	wchiri.ips.hco@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	11/12/2024	82586256	\$1.122.800	

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	445.000	0		0		0	0	0	0	445.000	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	
231001	Colfondos	800227940-6	569.600	0	0	0	0	0	0	0	569.600	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	86.800				86.800	0	0	86.800			868	86.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	21.400	0	0	21.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	445.000	445.000
Pensión	1	569.600	569.600
Riesgos Laborales	1	86.800	86.800
CCF	1	21.400	21.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.122.800	1.122.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CE	452565	WENDY YOJAIL CHIRI		Crr 20 N 50 58	3183696858	wchiri.ips.hco@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-11	2024-11	\$1.122.800				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Cob. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	CE	452565	CHIRI WENDY YOJAIL	59	0			N								X									231001	3.560.000	569.600	0	0	0	0	EPS008	3.560.000	445.000	14-7	3.560.000	3	86.800	CCF24	3.560.000	21.400	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

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

Cancelar

< Evalua

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		
<input type="checkbox"/>	ARL BOLIVAR 452565 CTO 5976-2024.pdf	ARL BOLIVAR 452565 CTO 5976-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	influenza.pdf	influenza.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	titulacion de hepatitis B.pdf	titulacion de hepatitis B.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA JUNIO 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	CUENTA JUNIO 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORMADE ACTIVIDADES JULIO 2024.pdf	INFORMADE ACTIVIDADES JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA AGOSTO 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	CUENTA AGOSTO 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	CUENTA OCTUBRE 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA NOVIEMBRE 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2024 - CTO No 5976-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >