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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	LINDA ISABEL DIAZ CORTES		**Número de Documento:**	36860759	
Correo Electrónico:	angeldeluzprotegido@gmail.com		**Número Telefónico:**	3105764942	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1504-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
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
J17TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	130	0	45550	$5921500	122.9%
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	48	37000	$1776000	36.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 7697500**	**SIETE MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS 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	2024-03-01	2024-04-30	1	$ 1148100	911
2	2024-04-01	2024-06-30	2	$ 24911500	1022
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 18871750	1547
4	2024-08-01	2024-10-31	4	$ 16277900	2136

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2024-10-01	2024-11-30	5	$ 26157800	2617
6	2024-11-01	2024-12-31	6	$ 10547400	2773
7	2024-12-31	2025-01-09	7	$ 2550020	2962
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 4247247	26
9	2024-12-31	2025-01-20	9	$ 4247247	26
10	2024-12-31	2025-01-09	10	$ 2550020	2962
11	2025-01-01	2025-01-09	11	$ 2550020	2962
12	2025-01-09	2025-01-20	12	$ 4247247	26

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 11580300
2	MARZO	$ 10213800
3	ABRIL	$ 10350450
4	MAYO	$ 10931100
5	JUNIO	$ 9940500
6	JULIO	$ 10857100
7	AGOSTO	$ 10931100
8	SEPTIEMBRE	$ 7017500
9	OCTUBRE	$ 12166400
10	NOVIEMBRE	$ 12063800
11	DICIEMBRE	$ 11583400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 138952251**	**$ 117635450**	**$ 21316801**

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.	-PRESTAR MIS SERVICIOS COMO MEDICO DE APOYO AL PROCESO UNIDAD RENAL	-PRACTICA CLINICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 PERSONAL DEL ÁREA ASISTENCIAL CON PACIENTES EN PROCESO DE DIÁLISIS AMBULATORIA Y/ O HOSPITALIZACIÓN	-PRACTICA CLINICA
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)	-EVOLUCION DIARIA DE PACIENTES DEL PROGRAMA ELABORACION DE FORMULAS MEDICAS DE PACIENTES DEL PROGRAMA	-REGISTRO DINAMICA
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.	-REALIZAR DE ACTUALIZACIÓN DE GUIAS Y PROTOCOLOS SEGUN PERFIL	-GUIAS Y PROTOCOLOS
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.	-REALIZAR VINCULO Y COMUNICACIÓN ASERTIVA CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES	-PRACTICA CLINICA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO A LA NORMATIVA	-PRACTICA CLINICA
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,EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGA REALIZAR EVOLUCIONES MENSUALES	-REGISTRO DINAMICA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-COMUNICACION ASERTIVA, CLARA Y PRECISA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-PRACTICA CLINICA
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SEGUN LA NECESIDAD DEL SERVICIO	-PRACTICA CLINICA

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	DICIEMBRE	2025	01	28	9480911803	-		$ 11583400
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**ONCE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 4633360	$ 741338	**$ 747000**
Salud		SÁNITAS		$ 579170	**$ 583600**
ARL	3	COLMENA		$ 112869	**$ 113800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1344694**	**$ 1444400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE OCCIDENTE	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	035866508

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINDA ISABEL DIAZ CORTES	2025-01-28 21:20:09
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2025-01-29 09:43:00
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 11:14:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 11:40:55
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 11:49:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-31 20:23:16

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
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

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 36860759		LINDA ISABEL DIAZ CORTES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	GUALCALA CASA 125	IPIALES-NARIÑO	7252153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1224896345	9480911803	I	2025/01/16	2025/01/28	BANCO DE OCCIDENTE	12	$1,444,400

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)					$4,633,370	$741,400			$4,633,370	$579,200			$0	$0			$4,633,370	$112,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,633,370	$741,400			$4,633,370	$579,200			$0	$0			$4,633,370	$112,900		$0	$0
Ciudad: IPIALES Depto: NARIÑO (1 Afiliados)					$4,633,370	$741,400			$4,633,370	$579,200			$0	$0			$4,633,370	$112,900		$0	$0
1	CC 36860759	DIAZ LINDA	25-14	30	$4,633,370	$741,400	EPS005	30	$4,633,370	$579,200		0	$0	$0	14-25	30	$4,633,370	$112,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,633,370	$741,400			$4,633,370	$579,200			$0	$0			$4,633,370	$112,900		$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 36860759		LINDA ISABEL DIAZ CORTES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	GUALCALA CASA 125	IPIALES-NARIÑO	7252153	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	1224896345	9480911803	I	2025/01/16	2025/01/28	BANCO DE OCCIDENTE	12	$1,444,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$741,400	$5,600	$0	$747,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$741,400	$5,600	$0	$747,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$112,900	$900	$0	$113,800
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$112,900	$900	$0	$113,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$579,200	$4,400	$0	$583,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$579,200	$4,400	$0	$583,600
TOTAL				**1**	**$1,433,500**	**$10,900**	**$0**	**$1,444,400**

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		
☐	1504-2024 CUENTA FEBRERO	linda_secop linda_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1504-2024 CUENTA MARZO	LINDA_merged-1.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1504-2024 CUENTA ABRIL	LIN_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA MAYO	ilovepdf_merged (4).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA JUNIO	CUENTALINDA_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA JULIO	linda julio_merged (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA AGOSTO	cuent linda_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA SEPTIEMBRE	cuenta linda.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA OCTUBRE	cuenta linda_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA NOVIEMBRE	cuenta linda_merged (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4 CUENTA DICIEMBRE	linda cuenta_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >