| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-01-21 | **Hasta:** | 2025-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA | | **Número de Documento:** | 1032391040 | |
| **Correo Electrónico:** | Jogismarin@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3102535050 | |
| **Nombre del Supervisor:** | RICARDO MARTINEZ GALVIS | **Cargo:** | ENFERMERO | **Código - Grado:** | 243-20 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3783-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| L03ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS | USS MEISSEN | 88 | 0 | 90846 | $7994448 | 141.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7994448** | **SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-21 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 7994448 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 135178848** | **$ 135178848** | **$ 7994448** | **$ 127184400** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|


***© Siasur - 2025***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 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. | -Prestar servicios como Médico Especialista en el servicio de Ginecología y Obstetricia, de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio de ginecología | -Programación de actividades |
| 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. | -Realizar orientación y brindar información de acuerdo a la especialidad con el fin de promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud | -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 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). | -Realizar el diligenciamiento completo de historia clínica de manera correcta, y demas documentos según lo requerido por el sistema de información de la Subred Sur, cumpliendo con los parámetros y tiempos establecidos | -Sistema de información dinámica gerencial |
| 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 en actualización de formatos, guías y protocolos del servicio y adherirse a los mismos; de igual manera incluir el consentimiento informado y realizar MIPRES en los casos que se requiera. | -Formatos institucionales, historia clínica, sistema dinámica |
| 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. | -Identificar a los usuarios y orientar para la inscripción en rutas de atención en salud que le apliquen a la especialidad | -Sistema de información dinámica gerencial |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Velar por el correcto manejo y cuidado del paciente según normatividad vigente | -Historia clínica |
| 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. | -Realizar valoración, diagnóstico y manejo de pacientes que asisten a la Subred Sur según cuadro clínico; hacer acompañamiento y supervisión hasta su egreso | -Sistema de información dinámica gerencial |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento. | -Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente | -Historia clínica |
| 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. | -Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil | -Supervisor Supervisor |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil | -Supervisor Supervisor |


***© Siasur - 2025***

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DE BOGOTÁ | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 364497412 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JOHANNA JULIETH MARIN GARCIA | 2025-02-04 10:57:46 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | RICARDO MARTINEZ GALVIS | 2025-02-04 17:10:52 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-02-05 22:35:15 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-02-18 15:49:13 |

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.



**RICARDO MARTINEZ GALVIS**
**ENFERMERO**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1032391040 | JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA | Transversal 13 L # 45 G-05 | 7695697 | jogismarin@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 16/01/2025 | 83311917 | $3.279.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 1.281.200 | 0 | | 0 | | 0 | 3 | 2.500 | 0 | 1.283.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 1.640.000 | 0 | 0 | 51.300 | 51.300 | 3 | 3.100 | 200 | 1.745.900 | 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 | 249.700 | | | | 249.700 | 3 | 500 | 250.200 | | | 2.497 | 250.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

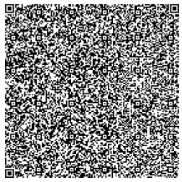
**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 1.281.200 | 1.283.700 |
| Pensión | 1 | 1.742.600 | 1.745.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 249.700 | 250.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 3.273.500 | 3.279.800 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA**
**NIT 1032391040-9**
**Nombre Comercial:** JHOANNA JULIETH MARIN GARCIA
**Régimen:** NO RESPONSABLE DE IVA
**Responsabilidad Fiscal:** RÉGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACIÓN
**Actividad Económica CIIU Nro.** 8621
**Dirección:** CL 32 B SUR 34 F 01
**Teléfono:** 3102535050
**Correo:** jogismarin@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ D.C.



**CUFE:** bb48bd3543e129b90a8d47bd284956c8b4beb33026e6c27bb8a5942d5245227c49528cb69afb13f7d36afab4faf79a96

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA NRO. 82**
Autorización Numeración de Facturación Electrónica de DIAN
Nro. 18764077438506 de 2024-08-20 Vigencia 6 Meses
Rango Autorizado desde 70 hasta 100
**Tipo Documento:** Factura electrónica de Venta
**Tipo Operación:** Estándar
**Fecha Facturación:** 2025-02-04 10:39:11
**Fecha Vencimiento:** 2025-02-28
**Fecha Dian:** 2025-02-04 10:39:31
**Divisa:** COP
**Orden Compra Asociada:**

**Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E**
**NIT 900958564-9**
**Nombre Comercial:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
**Dirección:** CR 20 47 B 35 SUR
**Teléfono:** 7300000
**Correo:** cxp.facturacionelectronica@subredsur.gov.co
**Ciudad:** BOGOTÁ D.C.

| Forma de pago | Método de pago |
|---|---|
| Contado | Efectivo |

| Nro. | Código | Descripción | U/M | Valor Unitario | Cant. | Valor Neto |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 8621 | SERVICIOS MEDICOS | 94 | 90,846.00 | 88.0 | 7,994,448.00 |

Total de lineas: 1

**Observaciones:**

NO SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES

| | |
|---|---|
| **TOTAL BRUTO** | 7,994,448.00 |
| **SUBTOTAL** | 7,994,448.00 |

**TOTAL EN LETRAS** SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS COLOMBIANOS

| | |
|---|---|
| **TOTAL VENTA** | 7,994,448.00 |

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | JOHANA MARIN FEBRERO 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN FEBRERO 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN MARZO 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN MARZO 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN ABRIL 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN ABRIL 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN MAYO 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN MAYO 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN JUNIO 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN JUNIO 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN JULIO 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN JULIO 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN AGOSTO 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN AGOSTO 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN SEPT 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN SEPT 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN OCTUBRE 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN OCTUBRE 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANA MARIN NOV 1384-2024.pdf | JOHANA MARIN NOV 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANNA MARIN DICIEMBRE 1384-2024.pdf | JOHANNA MARIN DICIEMBRE 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JOHANNA MARIN ENERO 1-2025 1384-2024.pdf | JOHANNA MARIN ENERO 1-2025 1384-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >