

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

DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-01	Hasta:	2025-01-20			
Nombre del Contratista:	LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ			Número de Documento:	1032500054		
Correo Electrónico:	laurac-barbosa@juanncorpas.edu.co			Número Telefónico:	3108918312		
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARITZA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS		Código Grado:	-	009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2644-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A10VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	110	0	33060	\$3636600	84.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3636600	TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS 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	\$ 12298320	1013	
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 12298320	1541	
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 12298320	2136	
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 6149160	2617	
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 6149160	2773	
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 1844748	2962	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 2254692	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 2254692	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 1844748	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	\$ 1844748	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	\$ 2254692	26
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 6149160	
2		MARZO		\$ 6149160	
3		ABRIL		\$ 6149160	
4		MAYO		\$ 6149160	
5		JUNIO		\$ 6149160	
6		JULIO		\$ 6149160	
7		AGOSTO		\$ 6149160	
8		SEPTIEMBRE		\$ 6149160	
9		OCTUBRE		\$ 6149160	
10		NOVIEMBRE		\$ 6149160	
11		DICIEMBRE		\$ 6149160	
12		ENERO		\$ 3636600	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 18447480		\$ 79939080		\$ 71277360	\$ 8661720
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.	--Brindar atención oportuna y de calidad al paciente y a su familiar en la consulta medica resolutive y PYD programada por la institución, teniendo en cuenta el cumplimiento de metas de la Sub Red integrada de servicios de salud sur. - Registro en historia clínica en DINAMICA, RIPS, seguimiento, información diaria de actividades.		--Registro en historia clínica en DINAMICA, RIPS, seguimiento, información diaria 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.	--Brindar información y educación al paciente, familiar y comunidad acerca de los tramites administrativos, lineamientos dados por su EPS y a las autoridades en salud sobre casas de vigilancia epidemiología y notificación obligatoria.		-Registro en historia clínica	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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)	--Diligenciar las historias clínicas dadas por la institución en consulta externa y/o resolutive, PYD o crónicas en dinámica Gerencial o en físico siguiendo la norma establecida.	--Registro en historia clínica en Dinámica.
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.	-Ayudar en la elaboración y actualización de documentos médicos, adhiriéndose a los mismos, incluidos consentimiento informado, MIPRES, guardando las normas.	-Registro en historia clínica en 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.	-Ayudar en la elaboración y actualización de documentos médicos, adhiriéndose a los mismos, incluidos consentimiento informado, MIPRES, guardando las normas	--Registro de historia clínica en Dinámica.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	---Realizar demanda inducida y la atención medica de acuerdo a las rutas de atención en salud en el modelo de atención integral en salud.	-Registro en 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.	--Actuar con los equipos misionales para el manejo y cuidado integral del paciente respetando la normatividad vigente.	-Registro en 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.	--Brindar la información al paciente, familiar o acudientes, sobre la evolución, riesgo, complicaciones y tratamiento	--Registro en la historia clínica.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades inherentes al objeto del contrato que le sean asignadas por el supervisor del mismo, de acuerdo a las necesidades del servicio y en la entidad donde se labore.	-Registro en historia clínica.

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		\$ 6149160
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9479456381	-			
2025	DICIEMBRE	2024	01	02					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CIENTOCUARENTA Y NUEVE MIL CIENTOSESENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2459664	\$ 393546	\$ 393600	
Salud					ALIANSALUD		\$ 307458	\$ 307500	
ARL				3	SURA		\$ 59917	\$ 60000	
Caja de Compensación				NO			Total	\$ 713843	\$ 761100
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24114702225	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ			2025-01-27 15:28:53	
RECHAZADO SUPERVISOR					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-01-30 08:59:58	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LAURA CAMILA BARBOSA ORTIZ			2025-01-30 20:13:25	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2025-01-30 20:27:25	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2025-01-30 21:12:29	
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 15:49:14	

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

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		
☐	CTO2644-2024 FEBRERO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 FEBRERO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 MARZO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 MARZO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 ABRIL MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 ABRIL MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 MAYO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 MAYO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO2644-2024 JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf (Archivado)	CTO2644-2024 JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024JUNIO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 JULIO MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 JULIO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO2644-2024 AGOSTO MANUELA BELTRAN.pdf (Archivado)	CTO2644-2024 AGOSTO MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 SEPTIEMBRE MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 SEPTIEMBRE MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO2644-2024 AGOSTO MANUELA BELTRAN..pdf (Archivado)	CTO2644-2024 AGOSTO MANUELA BELTRAN..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 OCTUBRE MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 OCTUBRE MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 AGOSTO MANUELA BELTRAN...pdf	CTO2644-2024 AGOSTO MANUELA BELTRAN...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO2644-2024 NOVIEMBRE MANUELA BELTRAN.pdf	CTO2644-2024 NOVIEMBRE MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 2644-2024 DICIEMBRE MANUELA BELTRAN.pdf (Archivado)	CTO 2644-2024 DICIEMBRE MANUELA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 2644-2024 DICIEMBRE MANUELA BELTRAN..pdf	CTO 2644-2024 DICIEMBRE MANUELA BELTRAN..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032500054		BARBOSA ORTIZ LAURA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 41 A SUR N 50-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108918312	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2024-12	2024-12	1165891580	9479456381	I	2025/01/15	2025/01/02	BANCO CAJA SOCIAL	\$775,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO										NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp		
1	CC	1032500054	BARBOSA ORTIZ LAURA CAMILA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
Total		Afiliados(1)																																	

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION											SALUD							
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Art	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						\$ 2.459.664	No		PORVENIR	30	\$ 2.459.664	16%	SIN RIESGO	\$ 393.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 393.600		ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	30	\$ 2.459.664	12,5%	\$ 307.500	\$
																				\$ 393.600						\$ 307.500	

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	\$ 307.500	COMPENSAR	30	\$ 2.459.664	0,6%	\$ 14.800	ARL SURA	30	\$ 2.459.664	2,436%	3	\$ 60.000	30	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
	\$ 307.500					\$ 14.800						\$ 60.000				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1032500054		BARBOSA ORTIZ LAURA CAMILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAGONAL 41 A SUR N 50-40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3108918312	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	1165891580	9479456381	I	2025/01/15	2025/01/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$775,900
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$393,600	\$0	\$0	\$393,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$393,600	\$0	\$0	\$393,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,000	\$0	\$0	\$60,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$60,000	\$0	\$0	\$60,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$14,800	\$0	\$0	\$14,800	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$14,800	\$0	\$0	\$14,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$307,500	\$0	\$0	\$307,500	
ALIANSA SALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$307,500	\$0	\$0	\$307,500	
TOTAL				1	\$775,900	\$0	\$0	\$775,900	