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:**	2025-02-01	**Hasta:**	2025-02-28	
Nombre del Contratista:	PAOLA ANDREA MOSQUERA LOPEZ		**Número de Documento:**	52898247	
Correo Electrónico:	Lopezpaula787@gmail.com		**Número Telefónico:**	3178434634	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3097-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS SANTA LIBRADA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02UC	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS SANTA LIBRADA I	83	0	38110	$3163130	44.6%
B02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	90	0	38110	$3429900	48.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 6593030**	**SEIS MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL TREINTAPESOS**					

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	$ 2515260	
2	FEBRERO	$ 6593030	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 56707680**	**$ 9108290**	**$ 47599390**

	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.	-Medico servicio de Urgencias, jornada noche , en la unidad de servicios de Santa librada , abarcando población vulnerable , tercera , cuarta edad, pacientes pediátricos , adolescentes , teniendo en cuenta su estado de salud al ingreso se inicia manejo y si es pertinente según patología , remisión a centro de mayor complejidad.	--Historia clínica dinámica gerencial profesional especializado de la salud.
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.	--Indicar hábitos de vida saludable , responsabilidad y manejo de manejo medico de ingreso y egreso , dar información sobre continuidad de tratamientos y nuevas valoración por parte del medico general o especialista de ser pertinente.	--Asistencia a capacitaciones de la sub red historia clínica dinámica gerencial.
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).	--Adherencia a planes y protocolo de de la sub red diligenciamiento de historia clínica , fichas de notificación consentimientos informados.	--Asistencia a capacitaciones de la sub red historia clínica 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.	--Diligencio de manera correcta, oportuna y con información veraz fichas de notificación , certificados de nacido vivo , defunciones . se siguen protocolo de manejo en las guías actualizadas de la subred para cada patología.	- -Diligenciamiento de fichas de notificación consentimientos informados formatos de estadísticas vitales.
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.	--Caracterización de grupos vulnerables que presente comorbilidades para manejo integral al servicio que se pertinente, gestantes, niños , adultos mayores.	--Identificación de grupos vulnerables remisión a a distintas rutas de atención.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Realizan actividades de promoción y prevención con servicios como enfermería , valoración con especialista, direccionar pacientes con alguna vulnerabilidad y que presente alguna comorbilidad.	--Remisión a distintos grupos interdisciplinarios diligenciamiento de historia clínica dinámica gerencial.-
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.	--Se desarrollan protocolo de manejo según lo establecido en al sub red , y según las necesidad de cada patología presentada durante el ingreso , dando continuidad de manejo interdisciplinario pro la especialidad a requerir , nuevas valoración pro consulta externa , y paraclinicos de ingreso y egreso.	--Aplicar protocolo y guías de manejo según lo establecido por la sub red historia clínica remisión a especialista según el caso.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	--Informar de manera clara , concisa y verídica el estado del paciente , manejo instaurado , y evolución.	--Aplicar consentimientos informados, diligenciamiento de historia clínica e información al paciente y familiar de manejo y tratamiento.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--Lectura de guías y actualización , asistir simposios , charla mensuales realizadas por la subred.	--Capacitaciones mensuales por la subred estudio individual.

© Siasur - 2025

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	$ 2515260
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	84405933	-		
2025	**ENERO**	**2025**	**02**	**24**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**DOS MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 417600**
Salud		SÁNITAS		$ 177938	**$ 326300**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 63600**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 413129**	**$ 807500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	7590403254

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	PAOLA ANDREA MOSQUERA LOPEZ	2025-02-24 13:57:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-02-26 15:43:47
ACEPTADO CONTRATACIÓN	JENNY PATRICIA MORENO GONZALEZ	2025-03-01 09:45:24
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	2025-03-13 10:16:32

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **PAOLA ANDREA MOSQUERA LOPEZ**, identificada con **CC** número **52898247**, aportó por **PAOLA ANDREA MOSQUERA LOPEZ** identificado(a) con **CC** número **52898247** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2025-1 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS005	Sanitas EPS	59															0		30	$2,610,000	0.12500	$326,300	$0	$0	Enero - 2025	84405933	24/02/2025	No
231001	Colfondos	59															0		30	$2,610,000	0.16000	$417,600	$0	$0	Enero - 2025	84405933	24/02/2025	No
14-11	ARL SURA	59															0		30	$2,610,000	0.02436	$63,600	$0	$0	Enero - 2025	84405933	24/02/2025	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$2,610,000	0.00600	$15,700	$0	$0	Enero - 2025	84405933	24/02/2025	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **24** días del mes **February** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

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		
☐	CTA ENERO 2025 PAULA MOSQUERA.pdf	CTA ENERO 2025 PAULA MOSQUERA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados