

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-05-01	Hasta:	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	DIANA MAYERLY CHACON RAMIREZ		Número de Documento:	1073505468	
Correo Electrónico:	diana16_412@hotmail.com		Número Telefónico:	3133907093	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código Grado:	- 242-28

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3865-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	84	0	38110	\$3201240	45.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3201240	TRES MILLONES DOSCIENTOS UN MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS					

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	\$ 914640	
2	FEBRERO	\$ 3658560	
3	MARZO	\$ 3811000	
4	ABRIL	\$ 3658560	
5	MAYO	\$ 3201240	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 56707680		\$ 56707680	\$ 15244000	\$ 41463680
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.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN HOSPITALIZACION EN ATENCION A PACIENTES	-HISTORIA CLÍNICA	
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.	-EDUCACION AL PACIENTE EN CUANTO A SU TRATAMIENTO, FORMULACION. Y CUIDADOS	-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 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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-REGISTRO EVOLUCIONES EN DINAMICA DIARIAMENTE, SEGUIMIENTO DE PACIENTES, TRATAMIENTOS,FORMULACION Y ANALISIS CLINICO DE LOS PACIENTES	-HISTORIA CLÍNICA	
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 ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS Y APLICARLOS AL SERVICIO	-GUIAS Y PROTOCOLO	
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 COMUNICACIÓN ACERTIVA CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES	-HISTORIA CLÍNICA	
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 NORMATIVIDAD	-HISTORIA CLÍNICA	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-VALORAR, EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	-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.	-COMUNICACIÓN OPORTUNA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-HISTORIA CLÍNICA
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGUN EL SERVICIO	-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		\$ 3658560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9486225664	-			
2025	ABRIL	2025	05	21					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1463424	\$ 234148	\$ 235100	
Salud					FAMISANAR		\$ 182928	\$ 183600	
ARL				3	SURA		\$ 35649	\$ 35900	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 424715	\$ 454600	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de 0550004800379614

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DIANA MAYERLY CHACON RAMIREZ	2025-05-23 11:24:41
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2025-05-23 11:33:21
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-05-27 14:09:41

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

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
☐ SEGUNDA CUENTA DE COBRO ENERO 2025	SEGUNDA CUENTA DE COBRO ENERO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CURSO DONACION DE ORGANOS	1073505468 DIANA MAYERLY CHACON CERTIFICADO_DETECCIN_Y_CUIDADO_DEL_DONANTE_DE_ORGANOS.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ VACUNA INFLUENZA	1073505468 DIANA MAYERLY CHACON VACUNA INFLUENZA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO MARZO 2025	CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ CUENTA DE COBRO ABRIL 2025	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
Borrar Cargar nuevo		

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

 Datos guardados

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073505468		CHACON RAMIREZ DIANA MAYERLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 918 23 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133907093	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-04	2025-04	1496446946		9486225664	I	2025/05/16	2025/05/21	BANCO ITAU	\$454,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$234,300	\$800	\$0	\$235,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$234,300	\$800	\$0	\$235,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$35,700	\$200	\$0	\$35,900	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$35,700	\$200	\$0	\$35,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$183,000	\$600	\$0	\$183,600	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$183,000	\$600	\$0	\$183,600	
TOTAL				1	\$453,000	\$1,600	\$0	\$454,600	