| | | |
|---|---|---|
| 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:** | JULIETH VIVIAN GONZALEZ RIOS | | **Número de Documento:** | 52810328 | |
| **Correo Electrónico:** | j_vivian01@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3103218509 | |
| **Nombre del Supervisor:** | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2965-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN | 186 | 0 | 90846 | $16897356 | 100% |
| I05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 0 | 60 | 90846 | $5450760 | 32.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 22348116** | **VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTODIECISEISPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 5995836 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 135178848** | **$ 135178848** | **$ 5995836** | **$ 129183012** |


***© Siasur - 2025***

| 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) 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. | -Las actividades las realizo como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA en los servicios de Hospitalización y Urgencias en la unidad de Meissen . | -Atención de acuerdo a actividades programadas por supervisor del contrato |
| 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. | -Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, exámen físico con evolución a los pacientes pediátricos. | Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo 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). | -Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Proteccion Social y los demás entes competentes. | -Historia Clínica de paciente en el aplicativo 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. | -Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. | Historia clinica registrado en aplicativo dinamica gerencial. |
| 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. | -Articulacion con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente pediatrico que se encuentra en la uci pediatrica. | -Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica gerencial. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Desarrollo de actividades medicas asistenciales de forma pertinente,propias de las especialidades con estandares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma , consignadas en la historia clínica. | -Historia clinica en aplicativo dinamica 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. | -Brindar de manera oportuna , pertinente y veráz, información tanto a familiares , pacientes y autoridad competente durante el transcurso de las actividades , procedimientos, evolución diaria de pacientes. | -Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento. |

| 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. | -Se cumple con las actividades pactadas en las obligaciones del contrato firmado con la Subred Sur y siguiendo los lineamientos establecidos y coordinados con el supervisor del contrato. | -Cumplimiento de obligaciones segun contrato de prestación de servicios. |
| 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 | -Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato. | -Agenda programación de actividades asignados por supervisor del contrato. |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Informar mediante atención al paciente pediatrico y a los padres el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión ( dinamica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. | -Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica gerencial. |

| 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** | $ 5995836 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 7961371338 | FE43 | | |
| **2025** | **ENERO** | **2025** | **02** | **24** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **CINCO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEISPESOS** | | | | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | $ 2398334 | $ 383733 | **$ 1540900** |
| Salud | | | | | SÁNITAS | | $ 299792 | **$ 1132800** |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 58423 | **$ 220800** |
| Caja de Compensación | | | | NO | | **Total** | **$ 696044** | **$ 2894500** |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 7170381359 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JULIETH VIVIAN GONZALEZ RIOS | 2025-02-24 19:05:24 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | 2025-02-26 13:32:09 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | JENNY PATRICIA MORENO GONZALEZ | 2025-02-27 14:14:39 |

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**


***© Siasur - 2025***

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52810328 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JULIETH VIVIAN GONZALEZ RIOS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | TRANSV 57 104 B 70 | TELÉFONO: | 7693131 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7961371338** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: enero<br>AÑO: 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: enero<br>AÑO: 2025 | | |
| DÍAS DE MORA: | 17 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/02/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1287064632 | | |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 1.540.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.540.900** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 1.132.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.132.800** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 54.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 54.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 220.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 220.800** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 2.915.700** |
| **VALOR MORA:** | **$ 33.300** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 2.949.000** |

Planilla Pagada

**JULIETH VIVIAN GONZALEZ RIOS**
NIT: 52810328-5
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
TV 57 104 B 70 AP 305 BRR PUENTE LARGO, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3103218509
Email. j_vivian01@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764084293266 válida desde 2024-11-28 hasta 2025-05-28 rango desde FE39 hasta FE100.

**Cliente:** Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
**NIT :** 900958564
**Dirección:** Carrera 20 # 47B - 35 sur, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001
**Teléfono:** 7300000
**Email:** cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

**Tipo de negociación:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Fecha de Pago:** 10/03/2025
**Total de Lineas:** 1

| | |
|---|---|
| **FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :** | **FE43** |
| **MONEDA:** | **COP Colombia, Pesos** |
| **HORA EMISIÓN:** | **13:27:55-05:00** |
| **FECHA FIRMADO:** | **23/02/2025 13:27:59** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 23 | 02 | 2025 | 10 | 03 | 2025 |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | 85121200 -5 | Servicios de médicos especialistas Prestación de servicios como médico pediatra en el mes deFEBRERO de 2025 Total horas: 246 horas.Valor hora: $90846 pesos.Total $22.348.116 pesos | WSD | 246,00 | $90.846,00 | | | | 0,00 | $22.348.116,00 |

**Notas**:

**SON**: (veintidos millones trescientos cuarenta y ocho mil ciento dieciseis pesos )
**CUFE**: 468e911a3430d3321d76eb32fb50ddcf840de3b89e2770bd6416423bcb9707ba137d89b7d9a78dd78ea7e362c0ff24b0

| | |
|---|---|
| **Subtotal:** | $22.348.116,00 |
| **Cargos:** | $0.00 |
| **Descuento:** | $0.00 |
| **Total:** | $22.348.116,00 |

**Firma Digital:** W5x0w4JnC3A6GiOAqpvWCsFGtx4b1B+2YcN0onIngiiOYBOuJY5/CP7vsPYRDDVl
7gn0xIL8ufjJedCUptd+JJKOzKDvddYYnyDbL/c8PiER/esy/m
2oK91JoreZ47XE pOPpCCvlEBOGHTNb9CWmgWkE2vSkPXxnmiUNywHZtpLEC0+8iBRQjNtWcTjy+ik3 FRVsHsNuf9cps6Bj+qK1YCHCBl3AdVgOR0U
Wt6wQUyVSZvc2iGuSEXo9Pi44bwtH LkK1/kBPLOph/i1z+UTnaD+XYuqOGfTHBIZNzyTwsUNislX+V9kTc8KHe1i8JaFD t/AUjPS2MwIVOgn0xhS6
ow==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

**Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.**

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA ENERO - CTO N. 2965 - 2025.pdf | CUENTA ENERO - CTO N. 2965 - 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC – RESCUE**
**NIT: 901069117-9**

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud, educación y bajo cumplimiento - bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

P.R.S.V.S.
Q.A.Q

# CERTIFICADO

de reconocimiento

## PRIMER RESPONDEDOR EN SALUD A VICTIMAS SOBREVIVIENTES POR QUEMADURAS CON AGENTES QUIMICOS

Otorgado a

JULIETH VIVIAN GONZALEZ RIOS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA NO: 52.810.328

Con una intensidad de 40 Horas - Realizado en Bogotá D.C Del 08 - 11 de Enero del 2025;
ACTA No 0025046 Libro de actas de Cursos y No: 0027

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711

OSCAR M. ALONSO
COORDINADOR ACADEMICO

VALIDO POR 2 AÑOS

0 35545 62336 78 1

IV0328-10046

**INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA INABTEC – RESCUE**
**NIT: 901069117-9**

Basado en la resolución 3100 del 2019 del Ministerio Salud, educación y bajo cumplimiento - bajo normas A.H.A 2023 en Cumplimiento del Artículo 5.8 del decreto 4904 del 2009 o Ley 115 de 1994.

M.D.P

# CERTIFICADO

de reconocimiento

## MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE

Otorgado a

JULIETH VIVIAN GONZALEZ RIOS

IDENTIFICADO (A) CON CEDULA DE CIUDADANIA NO: 52.810.328

Con una intensidad de 40 Horas - Realizado en Bogotá D.C Del 09 - 12 de Enero del 2025;
ACTA No 0025047 Libro de actas de Cursos y No: 0027

Christian M. Quintero A.
INABTEC RESCUE
Director Nacional

CHRISTIAN M. QUINTERO A-
Director General Nacional

INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS TECNICOS DE COLOMBIA
INABTEC RESCATE
NIT. 901.069.117

INSTRUCTOR M.D
DR. MANUEL RODRIGUEZ
RM: 075175711

OSCAR M. ALONSO
COORDINADOR ACADEMICO

VALIDO POR 2 AÑOS

0 35545 62336 78 1

IVG328-10047