

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.							
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
DATOS DEL INFORME									
Periodo a Certificar:		Desde:		2024-05-01		Hasta:		2024-05-31	
Nombre del Contratista:		ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO				Número de Documento:		1013651383	
Correo Electrónico:		andresrubiano.psicologo@gmail.com				Número Telefónico:		3183113921	
Nombre del Supervisor:		GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		Cargo:		DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS		Código Grado: - 009-05	
DATOS DEL CONTRATO									
No. Contrato:		4428-2024		Año Contrato:		2024		CDP Contrato Inicial: 433	
Perfil:		PSICÓLOGO							
Dirección a la que Pertenece:		DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS							
Unidad de Servicios:		USS CANDELARIA LA NUEVA							
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS									
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos		
A18VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	68	0	18410	\$1251880	36.6%		
A18VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	118	0	18410	\$2172380	63.4%		
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3424260	TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS							
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO									
Fecha de Inicio del Contrato		2024-03-12			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	\$ 5357310		1013			
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar				
1		MARZO			\$ 1933050				
2		ABRIL			\$ 3424260				

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3		MAYO	\$ 3424260
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 6848520		\$ 12205830	\$ 8781570
			\$ 3424260
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (profesional de apoyo terapeutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Atención psicoterapéutica a pacientes en los diferentes centros, Manuela Beltrán y Candelaria la nueva	-Historias Clínicas, Fichas de Notificación, solicitudes de exámenes
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.3). Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera 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 satisfactoriamente todos los campos contenidos en la historia clínica de cada paciente	-Historia Clínica
3	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Se realiza la adherencia a los protocolos, guías y procedimiento de apoyo terapéutico	-Historia Clínica
4	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.	-Identificación, caracterización y canalización de usuarios de acuerdo a las características de cada individuo o usuario, favoreciendo la identificación de las necesidades de la población	-Historia Clínica
5	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Se remite, deriva y canaliza de acuerdo a las rutas de atención en salud de acuerdo a un enfoque diferencial, curso de vida o condiciones particulares que proporcionen una atención integral	-Solicitudes de exámenes para cada especialidad

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Realizar proceso evaluativo de acuerdo a las necesidades de cada individuo, desarrollando un plan de tratamiento que mitigue y atienda estas necesidades.	-Historia clínica (Plan de manejo)
7	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Psicoeducar frente a los cambios o complicaciones presentados como parte del proceso de psicoterapia	-Historia clínica campo(Recomendaciones medicas y análisis y evolución)
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Desarrollo de actividades planteadas por los profesionales de enlace solicitadas en los puntos asignados para la atención de usuarios.	-Historia Clínica, fichas de notificación y solicitudes de exámenes.

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	\$ 0
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76962052	-		
2024	ABRIL	2024	05	16				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CERO PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 219200
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 171300
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 33400
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 423900
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	38395189775	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		2024-05-25 10:40:05	
RECHAZADO SUPERVISOR					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2024-05-27 19:02:27	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		2024-05-28 08:41:50	
RECHAZADO SUPERVISOR					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2024-05-30 14:21:58	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		2024-05-30 16:17:31	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		2024-05-30 16:17:49	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA		2024-05-30 16:37:39	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-06-01 09:53:53	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-06-17 15:00:03	

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	76962052	\$451.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	171.300	0		0		0	0	0	0	171.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	219.200	0	0	0	0	0	0		219.200	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	33.400				33.400	0	0	33.400			334	33.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.400	0	0	27.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	171.300	171.300
Pensión	1	219.200	219.200
Riesgos Laborales	1	33.400	33.400
CCF	1	27.400	27.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	451.300	451.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013651383	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		Kr 12 I N 26 A 40 SUR	6610858	ANDRESRUBIANO9.2@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				10
TOTAL A PAGAR					
2024-04	2024-04	I	16/05/2024	76962052	\$451.300

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES							
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013651383	RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID	59	0		N																			EPS008	1.369.800	171.300	14-11	1.369.800	3	33.400	CCF24	1.369.800	27.400	0	0	0	0	0

PAGADA

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141042683161			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1013651383				6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
14. Buzón electrónico 32							
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1013651383		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido RUBIANO		32. Segundo apellido AREVALO		33. Primer nombre ANDRES		34. Otros nombres DAVID	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CR 12 I 26 A 40 SUR							
42. Correo electrónico andresrubiano9.2@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3183113921		45. Teléfono 2 6610858			
CLASIFICACIÓN							
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código 8699		47. Fecha inicio actividad 20200101		48. Código 7490		49. Fecha inicio actividad 20200303	
50. Código 1		51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 49							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
57. Modo				58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 05 - 25 / 10 : 29: 56			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
984. Nombre RUBIANO AREVALO ANDRES DAVID				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



Aumentar el contraste



UTC -5 8:27:02
ANDRES DAVID RUBI...



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	
☐	ARL SURA 1013651383 CTO 4428-2024.pdf	ARL SURA 1013651383 CTO 4428-2024.pdf	Comprador	Descargar Detalle
☐	Cuenta de cobro Marzo Siasur.pdf	Cuenta de cobro Marzo Siasur.pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐	Cuenta de Cobro Siasur Abril 2024.pdf	Cuenta de Cobro Siasur Abril 2024.pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>