

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-10-01	Hasta:	2024-10-31			
Nombre Contratista:	del	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO		Número de Documento:	1013651383		
Correo Electrónico:	andresrubiano.psicologo@gmail.com			Número Telefónico:	3183113921		
Nombre Supervisor:	del	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 Perteneces:	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		
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 6848520	1541		
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 4823420	2136		
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 5154800	2617		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1		MARZO	\$ 1933050
2		ABRIL	\$ 3424260
3		MAYO	\$ 3424260
4		JUNIO	\$ 3424260
5		JULIO	\$ 3424260
6		AGOSTO	\$ 3424260
7		SEPTIEMBRE	\$ 3129700
8		OCTUBRE	\$ 3424260
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 6848520		\$ 29032570	\$ 25608310
			\$ 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 psicoterapeutica a pacientes en los diferentes centros, Manuela Beltran y Candelaria la nueva	-Historias Clinicas, Fichas de Notificación, solicitudes de exámenes
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.3). Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaci3n, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecci3n Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017, norma que la modifique o sustituya)	-Diligenciar satisfactoriamente todos los campos contenidos en la historia clínica de cada pacient	-Historia Clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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
6	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.	-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 médicas 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 de Anterior		\$ 3129700
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80826499	-			
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	15					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES CIENTOVEINTINUEVE MIL SETECIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 219600	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 171500	
ARL				3	SURA		\$ 31668	\$ 33500	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 424600	

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	2024-10-29 17:32:56
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANDRES DAVID RUBIANO AREVALO	2024-10-29 17:33:37
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	2024-10-30 08:18:20
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-31 22:39:21
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	2024-11-14 11:19:10

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
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80826499	\$452.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

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	171.500	0		0		0	0	0	0	171.500	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	219.600	0	0	0	0	0	0		219.600	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	33.500				33.500	0	0	33.500			335	33.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	27.500	0	0	27.500	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	171.500	171.500
Pensión	1	219.600	219.600
Riesgos Laborales	1	33.500	33.500
CCF	1	27.500	27.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	452.100	452.100

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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80826499	10
					TOTAL A PAGAR
					\$452.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IOE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional do solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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																	231001	1.372.000	219.600	0	0	0	0	EPS008	1.372.000	171.500	14-11	1.372.000	3	33.500	CCF24	1.372.000	27.500	0	0	0	0	0	

PAGADA



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 Detalle
☐ Cuenta de cobro Marzo Siasur.pdf	Cuenta de cobro Marzo Siasur.pdf	Proveedor Detalle
☐ Cuenta de Cobro Siasur Abril 2024.pdf	Cuenta de Cobro Siasur Abril 2024.pdf	Proveedor Detalle
Cuenta de Cobro Mayo 2024.pdf (Archivado)	Cuenta de Cobro Mayo 2024.pdf	Proveedor Detalle
☐ Cuenta de Cobro Mayo 2024 con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Mayo 2024 con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
☐ Cuenta de Cobro Junio con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Junio con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
☐ Cuenta de Cobro Julio con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Julio con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
☐ Cuenta de Cobro Agosto con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro Agosto con Soportes.pdf	Proveedor Detalle
☐ Cuenta de Cobro SIASUR septiembre con Soportes.pdf	Cuenta de Cobro SIASUR septiembre con Soportes.pdf	Proveedor Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar