| 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:** | 2022-04-01 | **Hasta:** | 2022-04-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | YULL FREDDY SOLER PEÑA | | **Número de Documento:** | 19489258 | |
| **Correo Electrónico:** | yullsp@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3043785070 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ | **Cargo:** | MÉDICO GENERAL | **Código - Grado:** | 211-11 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1672-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 426 |
| **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 | 216 | 54 | 84000 | $22680000 | 109.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 22680000** | **VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2022-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2022-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2022-04-01 | 2022-07-31 | 1 | $ 48936000 | 1074 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | FEBRERO | | $ 20160000 | |
| 2 | | MARZO | | $ 22680000 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 61944000 | $ 110880000 | $ 42840000 | $ 68040000 |

| | 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, segùn 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 demàs normas concordantes. | -REALIZAR LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA | -RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES |
| 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. | -PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA. | -HISTORIA CLINICA |
| 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). | -DE FORMA OPORTUNA Y CORRECTAMENTE, DILIGENCIAR LOS CERTIFICADOS Y DEMAS DOCUMENTACION QUE DEBA ENTREGAR A LOS PACIENTES Y A LA INSTITUCION CON OCASIÓN DE LO PACTADO EN EL PRESENTE CONTRATO | -HISTORIA CLINICA, FORMATO DE NOTIFICACION DE INTERES PUBLICO,LESIONES DE CAUSA EXTERNA |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -HISTORIA CLINICA, FORMATO DE NOTIFICACION DE INTERES PUBLICO,LESIONES DE CAUSA EXTERNA | -HISTORIA CLINICA |
| 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 LA HISTORIA CLINICA DE INGRESO EN EL FORMATO ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION EN EL SISTEMA | -RECIBO Y ENTREGAS DE TURNO, REGISTROS EN LAS HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOR SOBRE HABITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA. | -HISTORIA CLINICA |
| 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. | -PRIORIZANDO LA SOLICITUD,PROCESAMIENTO Y REPORTE DE PARACLINICOS E IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN CONJUNTO CON LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES, ARTICULAR EL TRASLADO DE PACIENTES AL AREA DE CUIDADO INTERMEDIO O INTENSIVO SEGÚN SEA EL CASO | -HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -INFORMAR A LAS AUTORIDADES Y FAMILIARES DE LOS PACIENTES SOBRE LA ATENCION BRINDADA CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL CONTRATANTE | -HISTORIAS CLINICAS, AUDITORIAS CONCURRENTES |
| 9 | 9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -TENIENDO EN CUENTA LA ENFERMEDAD ACTUAL, ANTECEDENTES Y COMORBILIDAD SE DETERMINARA EL RIESGO DE CAIDA, FUGA Y COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES | -HISTORIA CLINICA |


***© Siasur - 2022***

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 22680000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 58258707 | | |
| 2022 | MARZO | 2022 | 04 | 18 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | VEINTIDOS MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA MIL PESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | SI | PENSIONADO | $ 9072000 | $ 1451520 | $ 0 |
| Salud | | FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA MIN SALUD | | $ 1134000 | $ 1208800 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 220994 | $ 235600 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 2632876** | $ 1444400 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870190578 |
|---|---|---|---|---|---|

Yull F. Soler Peña

**YULL FREDDY SOLER PEÑA**
**19489258**

Jorge Jonathan Bautista Hernández
C.C 80.791.644
Especialista - Referente de Urgencias
SUBRED SUR

**JORGE JONATHAN BAUTISTA HERNANDEZ**
**MÉDICO GENERAL**


***© Siasur - 2022***

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 19489258 | Yull Freddy Soler Peña | Calle 22 A # 52 79 apto 215 | 7005635 | yullsp@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | | 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 | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-03 | 2022-03 | I | 18/04/2022 | 58258707 | $1.444.400 | |

## 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 | | | | | |
| MIN002 | MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud | 901037916-1 | 1.208.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 1.208.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 235.600 | | | | 235.600 | 0 | 0 | 235.600 | | | 2.356 | 235.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 1.208.800 | 1.208.800 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 235.600 | 235.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 1.444.400 | 1.444.400 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

19845

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 19489258 | Yull Freddy Soler Peña | Calle 22 A # 52 79 apto 215 | 7005635 | yullsp@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-03 | 2022-03 | I | 18/04/2022 | 58258707 | $1.444.400 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cólom. exterior | Estacionado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de 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 |
| CC | 19489258 | SOLER PEÑA YULL FREDDY | 59 | 3 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | MIN002 | 9.670.400 | 1.208.800 | 14-11 | 9.670.400 | 3 | 235.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** 320256ff363693e1ada5a6746c0b4248a1327121c6a9c048bf70542203830b2fb6cabd25986ca95fbf0275df68c2990b

**Número de Factura:** FE-2
**Fecha de Emisión:** 19/04/2022
**Fecha de Vencimiento:** 30/04/2022
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Crédito
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** SOLER PEÑA YULL FREDDY
**Nombre Comercial:** SOLER PEÑA YULL FREDDY
**Nit del Emisor:** 19489258
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:**R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8621

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** AV JIMENEZ 7 25 OF 1002
**Teléfono / Móvil:** 8122152
**Correo:** yullsp@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Razón Social:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE
**Nombre Comercial:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900958564
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** O-13
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CRA 20 47B 43 53
**Teléfono / Móvil:** 7300000
**Correo:** contabilidad@subredsur.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | de venta |
| 1 | PDT | ESPECIALISTA PEDIATRIA | NIU | 270,00 | $ 84.000,00 | | | | | | | $ 22.680.000,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

### Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

periodo 01/04/2022 al 30 /04/2022

Linea de negocio: periodo 01/04/2022 al 30 /04/2022

## Datos Totales

**Documento validado por la DIAN 2022-04-19 20:19:40**

**Documento generado el: 2022-04-19 20:19:40**

**Generado por:Solución Gratuita DIAN**

**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 22.680.000,00 |
| **Total Bruto Factura** | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 22.680.000,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=)** **COP $** | $ 22.680.000,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764026869533 Rango desde: 1 Rango hasta: 200 Vigencia: 2022-09-22

1 informacion general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 documentos del contrato
6 informacion presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contr...
9 cumplimientos

## 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? Si No

| identificación 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 FEBRERO CTO 1672 2022.pdf | CUENTA FEBRERO CTO 1672 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA MARZO - CTO N. 1672 - 2022.pdf | CUENTA MARZO - CTO N. 1672 - 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >