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:**	2023-05-01	**Hasta:**	2023-05-31	
Nombre del Contratista:	ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO		**Número de Documento:**	79416343	
Correo Electrónico:	amartinezdelgadillo@gmail.com		**Número Telefónico:**	3002103897	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1609-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGÍA				
Dirección a la que Pertenece:	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	Procetaje(%) Centro de Costos
A28JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	20	0	93770	$1875400	10.8%
C04TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	144	0	93770	$13502880	77.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 15378280**	**QUINCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 15190740	1563
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 17816300
2	MARZO	$ 15753360
3	ABRIL	$ 21379560

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 69764880	$ 84955620	$ 54949220	$ 30006400

	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 (medico(a) especializado(a)) acorde con la Lex Artis, segun 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	- Prestación de servicios de perfil medico especializado acorde con la lex artis	- Historia clínica y registro de anestesia
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	-Informar, educar y comunicar sobre acciones de prevención de enfermedades y autocuidado de la salud	- Historia clínica , formatos de registro de actividades
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma 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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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)	- Registrar en la Historia clínica y el formato de registro de anestesia toda la información del acto medico con los criterios definidos por el código de ética medica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes	- Historia clínica y formatos de registro anestésico
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, 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	- Participar activamente en la elaboración, actualización y diligenciamiento de formatos, protocolos, guía, consentimientos, incluyendo el formulario MIPRES	- Formatos, guías , protocolos , consentimientos , formulario MIPRES y actas de reuniones.
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud	- Diligenciar los formatos de registro de atención en salud que permitan identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de pacientes y enfermedades de los mismos	- Historia clínica y formatos de registro de pacientes y diagnósticos

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	- Interactuar con los diferentes actores misionales de la SUBRED SUR E.S.E. en procura de una atención y cuidado integrales del paciente	- Historia clínica y formato de registro de anestesia
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clinico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio	- Valorar, Diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes que consulta al al SUBRED SUR E.S.E.	- Historia clinica y formato de registro de anestesia
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento	- Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clinico del paciente	- Historia clínica, formatos de consentimiento y registro anestésicos.
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento	- Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propósitos misionales de la SUBRED SUR E:S:E	- Actas de reuniones y actividades
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Participación en actualizaciones y cursos de la Subred Sur E.S.E.	- Certificados de asistencia y aprobación cursos de actualización Subred Sur E.S.E.

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	$ 21379560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	67773551		
2023	ABRIL	2023	05	11			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTIUN MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 8551824	$ 1368292	$ 1462000
Salud		COMPENSAR		$ 1068978	$ 1075000
ARL	3	SURA		$ 208322	$ 209500
Caja de Compensación	NO		Total	$ 2481911	$ 2746500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2170027425

Alexander Martinez

ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO
79416343

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

D1bT85MQDG

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO

79416343

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso de PROGRAMA DE USO RACIONAL Y OPTIMIZACIÓN DE ANTIMICROBIANOS(PROA).

Con una intensidad de 02 horas

Para constancia se expide

22 de mayo de 2023

(Vigencia de 2 años)

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ

Colombia Compra Eficiente

Administrador de Contratación [?] UTC -5 22:04:52 AMD

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página: 23000726 Ayuda

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

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 - PS1609-2023	CTO 2236-2022 CTAENERO MARTINEZ_230202_083635.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO - PS 1609-2023	CTO 1609-2023 CTA FEBRERO MARTINEZ_230302_174404.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - PS1609-2023	CTO 1609-2023 CTA MARZO MARTINEZ_230413_OKI.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - PS1609-2023	CTO 1609-2023 CTA ABRIL MARTINEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO

Bogota D.C Cr 32a # 25b 75 TO 6 AP 909
amartinezdelgadillo@gmail.com
Actividad Económica 8621
Tarifica Ica 9.66/1000
Celular 3002103897

NIT 79416343-5
Régimen No responsable de IVA
Resolución DIAN N° 18764043625268
Fecha 31/01/2023 - 31/07/2023
Autorización de Facturación Electrónica del 329 al 1000

Departamento	Fecha		
Bogotá	29	05	2023

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° 333

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	**NIT:**	900958564	**Fecha de firmado:**	29/05/2023 11:23:23
Dirección:	CARRERA 20 # 47B-35	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	7428585
Email:	cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co	**Forma de Pago:**	Contado	**Medio de pago:**	Consignación bancaria
Vencimiento:	Mayo 29 del 2023	**Hora emisión:**	11:23:21	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos

Total de Lineas: 1

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	VR UNIT.	TOTAL
1	2	1,00	Servicios como médico Anestesiólogo	WSD	$15.378.280,00	$15.378.280,00

SON: (QUINCE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS)
CUFE: 28edec2a283a99f2679eaa39580a3d3b3bf09025e44c17ab745c6f670dfe8701c765ff6a2dc25f126d3cd09dc6464bdc

SUBTOTAL:	$15.378.280,00
TOTAL:	$15.378.280,00

NOTAS:
Honorarios de 1 a 31 de mayo de 2023

Firma Digital: C24yZhor2FqGjYqWU9FT/gucTuNynha4/fFiTallRCb3X0judF5tOOFi4KS7LW/ nW4vkd9/7T1hvw1gDckK8rNrz7XnzENtzeBPUTamgnMAjwLpdG
KUH6jWJuzMUWkp hPTlQ8ARBCfRWoxeh4PwYgZ/60/bBziaEIIEzj4RXS892dOObYVyWnb9gNJHgAct xTl2OsfbVHJ7TXZkydhdydtOutVPoGl0PU1
WXhn/oadghxrD1sMdlc+t0/nagl+E 6rGq+yrUd9I8PlsGFCw+yONXxyiHorLmYanq08ioCpxBaY5yBTSWqWst02sfLdgS jTXbgwD1XB/KEnxLPzUl
1Q==

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.

facturatech

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 890.930.534-0

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	79416343	ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO	carrera 32 A numero 25 B - 75 torre 4 apto 511	2690532	amartinezdelgadillo@Gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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
2023-04	2023-04	I	11/05/2023	87773551	TOTAL A PAGAR	
					$2.746.500	

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	1.075.000	0		0		0	0	0	0	1.075.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.376.000	0	0	43.000	43.000	0	0		1.462.000	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	209.500				209.500	0	0	209.500			2.095	209.500	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	1.075.000	1.075.000
Pensión	1	1.462.000	1.462.000
Riesgos Laborales	1	209.500	209.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.746.500	2.746.500

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

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	79416343	ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO		carrera 32 A numero 25 B - 75 torre 4 apto 511	2690532	amartinezdelgadillo@Gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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
2023-04	2023-04	I	11/05/2023	87773551	TOTAL A PAGAR	
					$2.746.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza en	Actúa en	Extranjero	Cotiza exterior	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	79416343	MARTINEZ DELGADILLO ALEXANDER	59	0			N												25-14	8.600.000	1.376.000	0	0	43.000	43.000	EPS008	8.600.000	1.075.000	14-11	8.600.000	3	209.500			0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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