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:**	2023-06-01	**Hasta:**	2023-06-30	
Nombre del Contratista:	HENDER EDUARDO GARAY GARAY		**Número de Documento:**	13499403	
Correo Electrónico:	hendergaray@gmail.com		**Número Telefónico:**	3012376677	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1583-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGÍA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	88	0	100000	$8800000	50.5%
C10ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	88	0	100000	$8800000	50.5%
C11ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	88	100000	$8800000	50.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 26400000**	**VEINTISEIS MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS**					

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	2023-04-01	2023-06-30	1	$ 4219650	1348

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
2	2023-05-01	2023-07-31	2	$ 45009600	1563
3	2023-06-01	2023-07-31	3	$ 2769960	1831

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 25599210
2	MARZO	$ 28131000
3	ABRIL	$ 20254320
4	MAYO	$ 21379560

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 69764880	$ 121764090	$ 95364090	$ 26400000

	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 demàs normas concordantes	-Desarrollo de procedimientos medicos de acuerdo a la especialidad dentro de los servicios quirurgicos, hospitalarios, de urgencias, observación, interconsultas y/o ambulatorios con parámetros y políticas de seguridad del paciente.	-Descripción de procedimientos en historia clínica institucional sistematizada.
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	-Actividades médicas asistenciales dirigidas al cliente interno y cliente externo con estándares de calidad dentro del desarrollo institucional.	-Descripción en historia clínica institucional.
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)	-Diligenciamiento de Historias Clínicas de procedimientos medicos realizados a usuarios de la Subred Sur de acuerdo a la especialidad y actividades ejecutadas.	-Historia Clínica.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-Desarrollo de actividades académicas dirigidas a reforzar los estándares de calidad en la prestación del servicio y de los diferentes procedimientos medicos realizados a usuarios de la Subred Sur.	-Protocolo institucional.
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	-Diligenciamiento de Historias Clínicas de procedimientos matizados a usuarios de la Sub Red Sur de acuerdo a la especialidad y actividades ejecutadas.	-Historia Clínica.
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Procedimientos médicos de acuerdo a la especialidad dentro de los servicios normatividad legal vigente quirúrgicos, hospitalarios, de urgencias, observación, interconsultas y/o ambulatorios.	-Historia Clínica.
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio	-Diligenciamiento de Historias Clínicas de procedimientos medicos realizados a usuarios de la Subred Sur de acuerdo a la especialidad y actividades ejecutadas.	-Historia Clínica.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Diligenciamiento de Historias Clínicas de procedimientos medicos y/o quirúrgicos realizados a usuarios de la Subred Sur de acuerdo a la especialidad y actividades ejecutadas.	-Historia Clínica.
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Diligenciamiento de Historias Clínicas de procedimientos medicos y/o quirúrgicos realizados a usuarios de la Subred Sur de acuerdo a la especialidad y actividades ejecutadas.	-Historia Clínica.
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cumplir las normas, reglamentos e instrucción del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST), propendiendo por el cuidado personal durante la prestación del servicio, de acuerdo a lo establecido en el decreto 723 de 2013.	-Historia Clínica.

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	68562513		
2023	MAYO	2023	06	14			
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	$ 1999800
Salud		COMPENSAR		$ 1068978	$ 1470300
ARL	3	SURA		$ 208322	$ 286600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 2481911	$ 3756700

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488434084809

DR. HENDER E. GARAY G.
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
RM 13499403 / 10 C.C. 13499403

HENDER EDUARDO GARAY GARAY
13499403

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.023.861.970

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

© Siasur - 2023



Hender Eduardo Garay Garay
NIT 13.499.403-4
Carrera 16 A 145 15 Apt 607 Centro Alto
Tel: (031) 3012376677
Bogotá - Colombia
hendergaray@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. HEGG 82

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
NIT	900.958.564-9	**Teléfono**	(031) 7428585
Dirección	CR 20 47B 35 SUR	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	14/06/2023, 12:19
Expedición	14/06/2023, 12:20
Vencimiento	14/06/2023

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Servicio de Anestesia y Consulta Externa	264.00	100,000.00	26,400,000.00

Total items: 1

Total Bruto	26,400,000.00
Total a Pagar	26,400,000.00

Valor en Letras:
Veintiseis millones cuatrocientos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
ConsignaciÃ³n $ 26,400,000.00

Observaciones:
Favor consignar a la Cuenta de Ahorros Nº 488434084809 del Banco DAVIVIENDA
Honorarios correspondientes al mes de JUNIO de 2023, por Servicios de Anestesia y Consulta Externa

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764050398904 aprobado en 20230613 prefijo HEGG desde el número 81 al 100 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66 x 1000
CUFE: 9210bb6778fa18247608c83d6eeef597fdf8d6527085912d417fc96e23386020413bded9f1850cb8c0dd189c04d25374

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	13499403	HENDER EDUARDO GARAY GARAY	Carrera 16a No145-15 los cedros	6018089989	hendergaray@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-05	2023-05	I	14/06/2023	68562513	$3.756.700	

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	1.450.000	0		0		0	12	20.300	0	1.470.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.856.000	0	0	58.000	58.000	12	26.000	1.800	1.999.800	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	282.600				282.600	12	4.000	286.600			2.826	286.600	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	1.450.000	1.470.300
Pensión	1	1.972.000	1.999.800
Riesgos Laborales	1	282.600	286.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.704.600	3.756.700

PAGADA

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
CC	13499403	HENDER EDUARDO GARAY GARAY		Carrera 16a No145-15 los cedros	6018089989	hendergaray@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-05	2023-05	I	14/06/2023	68562513	$3.756.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																	PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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
1	CC	13499403	GARAY GARAY HENDER EDUARDO	59	0			N																	25-14	11.600.000	1.856.000	0	0	58.000	58.000	EPS008	11.600.000	1.450.000	14-11	11.600.000	3	282.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
2135232104

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
13/06/2023

Número de aprobación
00232104

Dirección IP
186.84.20.2

Valor transacción
$ 3.756.700,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
186.84.20.2	CC	13499403

VIGILADO Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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		
ENERO-CTO.2209-2022.pdf	ENERO-CTO.2209-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CTO.1583-2023.pdf	POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL CTO.1583-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
FEBRERO-CTO.1583-2023.pdf	FEBRERO-CTO.1583-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
MARZO-CTO.1583-2023.pdf	MARZO-CTO.1583-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ABRIL-CTO.1583-2023.pdf	ABRIL-CTO.1583-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
MAYO-CTO.1583-2023.pdf	MAYO-CTO.1583-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

TIPO DE VINCULACIÓN

◯ Planta

ENCUESTA CULTURAL ORGANIZACIONAL - 2023

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

SEDE

Pregunta requerida

NIVEL DEL CARGO

Pregunta requerida

EDAD

ANTIGÜEDAD