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	SINASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-07-01	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	LÁZARA DADAY PEREDA DIAZ		**Número de Documento:**	509523	
Correo Electrónico:	daday.pereda@gmail.com		**Número Telefónico:**	3132042770	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1582-2023	**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
C10ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	50	0	100000	$5000000	28.7%
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	50	0	100000	$5000000	28.7%
C11ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	44	0	100000	$4400000	25.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 14400000**	**CATORCE 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	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 14909430	1563

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 13121400	2132

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 17722530
2	MARZO	$ 17441220
3	ABRIL	$ 18003840
4	MAYO	$ 14628120
5	JUNIO	$ 15600000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 69764880	**$ 97795710**	**$ 83395710**	**$ 14400000**

	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	-Procedimientos médicos de acuerdo a la especialidad dentro de los servicios quirúrgicos, hospitalarios, de urgencias, observación, interconsultas y/o ambulatorios.	-Historia clinica 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	-Dar información clara y precisa a pacientes y familiares ante el procedimiento a realizar de los riesgos y beneficios del paciente.	-Guias, protocolos y reportes.
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)	-Diligenciar efectivamente toda la información del paciente y procedimientos realizados durante el servicio.	-Guias y protocolos - Historia clinica Sistematizada

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	-Prestar servicios como medico en cirugía realizando actualizaciones de guías y protocolos.	-Guías y protocolos.
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	-Orientar, comunicar y registrar a nuestros pacientes que deben seguir sobre las rutas de atención en salud.	-Guías, protocolos y reportes.
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 al especiali lad y programación de actividades del servicio.	-Informes y reportes
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	-Valorar, evolucionar y prescribir a los pacientes a cargo.	-Historia clínica Sistematizada
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Comunicación asertiva con familiares y pacientes.	-Historia Clinica Sistematizada
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Cumplir las actividades que se han asignadas durante el servicio.	-Informes y reportes.
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Presentación de informes y reportes de acuerdo a las actividades desarrolladas	-Informes y reportes

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	$ 15600000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	26944165		
2023	JUNIO	2023	07	05			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					QUINCE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 6240000	$ 998400	$ 1523200
Salud		FAMISANAR		$ 780000	$ 1120000
ARL	3	SURA		$ 152006	$ 218300
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1810973**	$ 2861500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570462370036800

LÁZARA DADAY PEREDA DIAZ
509523

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

© Siasur - 2023

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LAZARA DADAY PEREDA DIAZ
IDENTIFICACION:	CE-509523
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-07-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-07-10
FECHA DE PAGO:	2023-07-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-06
PERIODO SALUD:	2023-06
NUMERO PLANILLA:	26944165
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26944165
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 8.960.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.120.000	$ 1.120.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 8.960.000	$ 44.800	$ 44.800	$ 0	$ 1.523.200	$ 1.523.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 8.960.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.300	$ 218.300
				Total a pagar	$ 44.800	$ 44.800	$ 0	$ 2.861.500	$ 2.861.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/08/2023

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 1192d1d77c37247742bafd5413917ca9bf011e62de9481ba0453088781efbf b9fb1f55a8c1e53e3e22e2f2534560a57e

Número de Factura: DAD-2042
Fecha de Emisión: 18/07/2023
Fecha de Vencimiento: 17/08/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Débito ACH
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: PEREDA DIAZ LAZARA DADAY
Nombre Comercial: PEREDA DIAZ LAZARA DADAY
Nit del Emisor: 700164717
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: CR 72 A 121 48 IN 1 AP 104 CON MIRADOR DEL PUERTO III
Teléfono / Móvil: 3132042770
Correo: daday.pereda@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
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: CR 20 47 B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7300000
Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85100000	HORA MEISSEN	HUR	144,00	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 14.400.000,00

Descuentos y Recargos Globales

Nro.	Tipo	Código	Descripción	%	Valor

Información Complementaria

Nro	Nombre Campo	Valor Campo
1	RELACIÓN DE HORAS	CORRESPONDIENTES AL MES DE JULIO DE 2023

Anticipos

Nro	Valor	Fecha recibido

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-07-18 05:43:50
Documento generado el: 2023-07-18 05:43:49
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			14.400.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			14.400.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			14.400.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	14.400.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	1.584.000,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	139.104,00

Numero de Autorización: 18764044456881 Rango desde: 2032 Rango hasta: 2100 Vigencia: 2023-08-15

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		
☐	FEBRERO 1582-2023.pdf	FEBRERO 1582-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 1582-2023.pdf	MARZO 1582-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 1582-2023.pdf	ABRIL 1582-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 1582-2023.pdf	MAYO 1582-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 1582-2023.pdf	JUNIO 1582-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2023

Fecha Validación: 12-jul-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PEREDA	DIAZ	LAZARA DADAY

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C ○ C.E ⓧ PAS ○ No. 509523	F ⓧ M ○	COL ○ EXTRANJERO ⓧ

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA
FECHA DIA 15 MES OCT AÑO 1986	CARRERA 72A 121 48
PAÍS Cuba	PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C
DEPTO	CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8108612

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

El futuro es de todos — Gobierno de Colombia

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 12-jul-2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LAZARA DADAY PEREDA DIAZ

IDENTIFICADO CON C.C. ○ **C.E.** ⓧ **T.I.** ○ **No.** 509523 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección CARRERA 72A 121 48 **Teléfonos** 3132042770 8108612

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
ISRAEL PEREDA DELGADO	610427	Padre
CLARA DIAZ HERNANDEZ	59081212110	Madre