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	SIASUN

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-07-01	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ		**Número de Documento:**	8645654	
Correo Electrónico:	javisarmientoruiz@yahoo.com		**Número Telefónico:**	3008082639	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1601-2023	**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
C18TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	156	0	100000	$15600000	89.4%
A28JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	10	0	100000	$1000000	5.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 16600000**	**DIECISEIS MILLONES SEISCIENTOS 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	$ 15284510	1563
2	2023-06-01	2023-07-31	2	$ 921400	1831

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	-Participar activamente en la elaboracion, actualizacion y diligenciamiento de formatos, protocolos, guia, consentimientos, incluyendo el formulario MIPRES .	diligenciamiento de formatos, protocolos, guia, consentimientos, incluyendo el formulario MIPRES . - Formatos, Guias; 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 tràzabilidad de indicadores de la salud	-Diligenciar los formatos de registro de atencion en salud que permitan identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion de pacientes y enfermedades de los mismos .	-Historia clinica y formatos de registro de pacientes y diagnosticos
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 atencion y cuidado integrales del paciente .	-Historia clinica 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.	-Valorar, Diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes que consulta al al SUBRED SUR E.S.E.
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Dar informacion, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolucion, riesgo y complicaciones del cuadro .	-Historia Clinica, Formatos de Consentimiento y Registro anestesicos.
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propositos 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.	- Cursos y demás actualizaciones en procura de ampliar el espectro de conocimientos	- Certificados y/o diplomas de cursos respectivos

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 7fc6a93a64204a409d32600393a1cdae24963577303a3fa67514f446e97a6f bc31a1115aa9ecc09aaf52deaa32b12dc0

Número de Factura: JESR-235
Fecha de Emisión: 12/07/2023
Fecha de Vencimiento: 13/07/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SARMIENTO RUIZ JAVIER EDUARDO
Nombre Comercial: SARMIENTO RUIZ JAVIER EDUARDO
Nit del Emisor: 8645654
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 74 25 G 69 TO 7 AP 530
Teléfono / Móvil: 4296508
Correo: javisarmientoruiz@yahoo.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: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7428585
Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	001	Servicios de médicos especialistas	HUR	166,00	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 16.600.000,00

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

correspondientes a julio 2023
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-07-12 11:38:47
Documento generado el: 2023-07-12 11:38:46
Generado por:Solución Gratuita DIAN Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			16.600.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			16.600.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			16.600.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	16.600.000,00

Valores Informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764043259249 Rango desde: 224 Rango hasta: 250 Vigencia: 2023-07-24

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	8645654	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ		CRA 74 N. 25 G - 69 APTO 530	4296508	javisarmientoruiz@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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	
2023-06	2023-06	1	10/07/2023	69194674	$2.273.900	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	890.000	0		0		0	0	0	0	890.000	1

TOTALES PENSION

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	1.139.200	0	0	35.600	35.600	0	0		1.210.400	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	860903790-5	173.500				173.500	0	0	173.500			1.735	173.500	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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	890.000	890.000
Pensión	1	1.210.400	1.210.400
Riesgos Laborales	1	173.500	173.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.273.900	2.273.900

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	8645654	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ		CRA 74 N. 25 G - 69 APTO 530	4296508	javisarmientoruiz@yahoo.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	
2023-06	2023-06	1	10/07/2023	69194574	$2.273.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Días	Salario	Extranjero	Colombiano	Nacional	IRP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	LMA	VAC	LTP	VCT	IRL	Cód. Cotización	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	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	8645654	SARMIENTO RUIZ JAVIER EDUARDO	30	0			N															25-14	7.120.000	1.139.200	0	0	35.600	35.600	EPS002	7.120.000	890.000	14-11	7.120.000	3	173.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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: 25-jul-2023

Fecha Validación:25-jul-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SARMIENTO	RUIZ	JAVIER EDUARDO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	*SEXO*	*NACIONALIDAD*
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 8645654	F ( ) M (X)	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 8645654 D.M 10

El futuro es de todos | Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-jul-2023

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 8645654 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

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

Dirección Carrera 74 25g 69 AP 530 to 7 **Teléfonos** 3008082639 6014296508

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	JAVIER EDUARDO SARMIENTO RUIZ
Identificación:	8645654
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	javisarmientoruiz@yahoo.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	19/07/23 0:00

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 Ejecución del Contrato
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal | Enviar a 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CTO 2228-2022 CTAENERO SARMIENTO.pdf	CTO 2228-2022 CTAENERO SARMIENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1601-2023 CTA FEBRERO SARMIENTO.pdf	CTO 1601-2023 CTA FEBRERO SARMIENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1601-2023 CTA MARZO SARMIENTO.pdf	CTO 1601-2023 CTA MARZO SARMIENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1601-2023 CTA ABRIL SARMIENTO.pdf	CTO 1601-2023 CTA ABRIL SARMIENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1601-2023 CTA MAYO SARMIENTO.pdf	CTO 1601-2023 CTA MAYO SARMIENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1601-2023 CTA JUNIO SARMIENTO.pdf	CTO 1601-2023 CTA JUNIO SARMIENTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal | Enviar a la Entidad Estatal | >