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:**	2023-07-01	**Hasta:**	2023-07-31	
Nombre del Contratista:	NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO		**Número de Documento:**	316713	
Correo Electrónico:	nhomerocastro@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143817819	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1630-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - GINECOLOGO OBSTETRA Y ECOGRAFIA				
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
A24JS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS AMBULATORIA ABRAHAM LINCON	24	0	88200	$2116800	13%
I03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	36	0	88200	$3175200	19.5%
D05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	122	10	88200	$11642400	71.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 16934400**	**DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS 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**

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 20079780	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 16934400	2132

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 17098980
2	MARZO	$ 17992800
3	ABRIL	$ 16405200
4	MAYO	$ 16934400
5	JUNIO	$ 16934400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 65286000	**$ 102300180**	**$ 85365780**	**$ 16934400**

	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	-Prestar servicios como Médico Especialista en el servicio de Ginecología y Obstetricia, de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio de ginecología	-Programacion de actividades
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	-Realizar orientación y brindar información de acuerdo a la especialidad con el fin de promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud	-Historia clínica
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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya)	-Realizar el diligenciamiento completo de historia clínica de manera correcta, y demas documentos según lo requerido por el sistema de información de la Subred Sur, cumpliendo con los parámetros y tiempos establecidos	-Sistema de información dinámica gerencial

© Siasur - 2023

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 en actualización de formatos, guias y protocolos del servicio y adherirse a los mismos; de igual manera incluir el consentimiento informado y realizar MIPRES en los casos que se requiera.	-Formatos institucionales, historia clinica, sistema dinámica
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	-Identificar a los usuarios y orientar para la inscripción en rutas de atención en salud que le apliquen a la especialidad	-Sistema de información dinámica gerencial
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-Velar por el correcto manejo y cuidado del paciente según normatividad vigente	-Historia clinica
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	-Realizar valoración, diagnóstico y manejo de pacientes que asisten a la Subred Sur según cuadro clínico; hacer acompañamiento y supervisión hasta su egreso	-Sistema de información dinámica gerencial
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente	-Historia clínica
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor

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	$ 16934400
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9453541267		
2023	JUNIO	2023	07	06			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	PROTECCIÓN	$ 6773760	$ 1083802	$ 0
Salud		FAMISANAR		$ 846720	$ 1386180
ARL	3	SURA		$ 165009	$ 278200
Caja de Compensación	NO		Total	$ 1965881	$ 1656300

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66934395094

NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO
316713

Ricardo Martinez Galvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

en línea

S GENERALES DEL APORTANTE

ıtificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
'13		CASTRO CASTILLO NORMAN HOMERO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 131B 54-21 BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143817819	No

S GENERALES DE LA LIQUIDACION

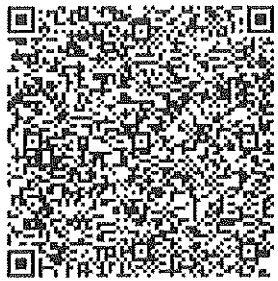
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
ón	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
	2023-06	43587519	9453541267	I	2023/07/06	2023/07/13	BANCOLOMBIA	7	$1,656,300

JMEN DE PAGO

O	CODICO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
DMINISTRADORAS: 1)				1	$268,000	$2,200	$0	$270,200
SURA	14-11	890,903,790	5	1	$268,000	$2,200	$0	$270,200
DMINISTRADORAS: 1)				1	$1,375,000	$11,100	$0	$1,386,100
MISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,375,000	$11,100	$0	$1,386,100
L				1	$1,643,000	$13,300	$0	$1,656,300



NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO
NIT 316.713-
CALLE 131 B 54 21 CASA 53 HACIENDA IBERIA 2
Tel: (031) 3143817819
Bogotá - Colombia
nhomerocastro@gmail.com



Factura electrónica de venta
No. NHCC 58

res	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	900.958.564-9	**Teléfono**	(601) 7300000
ción	Cra 20 # 49b 25 sur	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	25/07/2023, 21:37
Expedición	25/07/2023, 21:37
Vencimiento	25/07/2023

Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
valor hora especialista hospitalizacion	192.00	88,200.00	16,934,400.00

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

ıl items: 1

Total Bruto	16,934,400.00
Total a Pagar	16,934,400.00

›r en Letras:
ɛciseis millones novecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos pesos m/cte

ıdiciones de Pago:
›nsignación $ 16,934,400.00

ɜervaciones:

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 18764045903892 aprobado en 20230314 prefijo NHCC desde el número 49 al 100 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66
CUFE: 5fd8c8c994c5911617b6a5cfca1a4a4b714a8600c188aa70856b1d9034b43d732423d3407d684540d95eb5970263d7e2

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 >

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		
☐	NORMAN CASTRO FEBRERO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO FEBRERO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO MARZO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO MARZO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO ABRIL 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO ABRIL 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO MAYO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO MAYO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO JUNIO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO JUNIO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

FORMATO UNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Ultima Actualizacion: 25-jul-2023

Fecha Verificacion: 25-jul-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
CASTRO	CASTILLO	NORMAN HOMERO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 316713

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE (X) NUMERO 884594 D.M 1

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 12 MES ENE AÑO 1953

PAIS Colombia

DEPTO Bogota D.C.

CIUDAD Bogota D.C.

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

CALLE 131B- 54- 21 casa 53

PAIS Colombia DEPTO Bogota D.C.

CIUDAD Bogota D.C. TELEFONO 5229835

EMAIL nhomerocastro@gmail.com

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

Ultima Actualizacion: 25-jul-2023

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO
IDENTIFICADO CON C.C. (X) **C.E.** ( ) **T.I.** ( ) **No.** 316713 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
Pais Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CALLE 131B- 54- 21 casa 53 **Teléfonos** 3143817819 5229835

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
SASHA LORENA CASTRO BUITRAGO	1015404579	Hijo(a)
NATHALIE CASTRO BUITRAGO	1015420323	Hijo(a)
JOSE NICOLAS CASTRO CASTILLO	1014861927	Hijo(a)

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre: NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO

Identificacion: 316713

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

Cargo:

Correo: nhomerocastro@gmail.com

Tipo declaración: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Fecha Declaración: 25/07/23 0:00