| 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:** | 2023-09-01 | **Hasta:** | 2023-09-30 | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A28TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS TUNAL | 36 | 0 | 100000 | $3600000 | 20.6% |
| C04TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 132 | 48 | 100000 | $18000000 | 103.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 21600000** | **VEINTIUN 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 | $ 15190740 | 1563 |
| 2 | 2023-07-01 | 2023-08-31 | 2 | $ 18371880 | 2132 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 3 | $ 15400000 | 2433 |
| 4 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 4 | $ 21600000 | 2821 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 17816300 |
| 2 | MARZO | $ 15753360 |
| 3 | ABRIL | $ 21379560 |
| 4 | MAYO | $ 15378280 |
| 5 | JUNIO | $ 13000000 |
| 6 | JULIO | $ 20000000 |
| 7 | AGOSTO | $ 15400000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 69764880 | $ 140327500 | $ 118727500 | $ 21600000 |

| 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 | - Prestacion de servicios de perfil médico 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 médico con los criterios definidos por el código de ética médica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes | - Historia clínica y formatos de registro anestésico |

| 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 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 atencion en salud que permitan identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion de pacientes y enfermedades de los mismos | - Historia clínica y formatos de registro de pacientes y diagnósticos |
| 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 | Valòrar (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 a la 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 informacion, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolucion, 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 de la 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 | $ 15400000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 70824047 | | |
| 2023 | AGOSTO | 2023 | 09 | 11 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 6160000 | $ 985600 | $ 1105000 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 770000 | $ 812500 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 150058 | $ 158400 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 1787755 | $ 2075900 |

## 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

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?** SI 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 |
| ☐ | CUENTA MAYO - PS1609-2023 | CTO 1609-2023 CTA MAYO MARTINEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO - PS1609-2023 | CTO 1609-2023 CTA JUNIO MARTINEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO - PS1609-2023 | JULIO SECOP II.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | POLIZA RESPONSABILIDAD CIVIL 2023-2024 | Dr Alexander Martinez póliza RC Médico, aumento valor asegurado.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO - PS 1609-2023 | CTO 1609-2023 CTA AGOSTO MARTINEZ.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 11/09/2023 | 70824047 | $2.075.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 812.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 812.500 | 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 | 1.040.000 | 0 | 0 | 32.500 | 32.500 | 0 | 0 | | 1.105.000 | 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 | 158.400 | | | | 158.400 | 0 | 0 | 158.400 | | | 1.584 | 158.400 | 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 | 812.500 | 812.500 |
| Pensión | 1 | 1.105.000 | 1.105.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 158.400 | 158.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 2.075.900 | 2.075.900 |

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 | 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 |

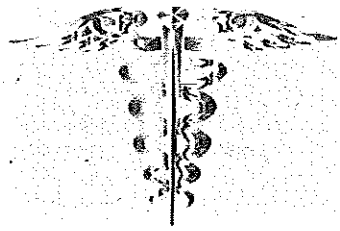
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 11/09/2023 | 70824047 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $2.075.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza en el exterior | Colombiano en el exterior | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 6.500.000 | 1.040.000 | 0 | 0 | 32.500 | 32.500 | EPS006 | 6.500.000 | 812.500 | 14-11 | 6.500.000 | 3 | 156.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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



# 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° 18764052555976
Fecha 28/07/2023 - 28/01/2024
Autorización de Facturación Electrónica del 337 al 1000

| Departamento | Fecha | | |
|---|---|---|---|
| Bogotá | 22 | 09 | 2023 |

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

**N° 338**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Cliente:** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E | **NIT:** | 900958564 | **Fecha de firmado:** | 22/09/2023 09:01:41 |
| **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:** | Septiembre 22 del 2023 | **Hora emisión:** | 09:01:38 | **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 | $21.600.000,00 | $21.600.000,00 |

SON: (VEINTIUN MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS )
CUFE: 410ba6b3b9582d10dd837dca172dc64cb76fef8ebd3d3462fbbb004a4d5d3055b820de858247efd25bf8dddb4b2f1fb1

| | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | $21.600.000,00 |
| **TOTAL:** | $21.600.000,00 |

NOTAS:
Honorarios de 1 a 30 de septiembre de 2023

**Firma Digital:** elt+RGwEzD49WzlAKRRXqm5cdKftine93ZN1ASTZkp5foqRKk/8iFO6CldIKZbs ORYUqxl4x1iHyLO1erjgZ+4/n5Mqd!pskpU6vvPUKAgydcMDw KQKUocjdFuLf2F Zby3k3lwi9jG1Ol6k6ZbUsZkHYLNYavB7bIZTSHt+9R0HhfbW1Hun2E5qWRuQL RAH2naNMMThTaPia4t2E7byNzvPTCJPCXvt F9wbl+01p1XRNFJWrpfRDh6RHAMpr n+g/a+mTdYMNc7giS0f348zrLU17WN7OrSjn3pNoGvm8WKonjAffpiwZmmNyu2 RTP4WqIPDXldaDewzxrk og==

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