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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTAÑEDA		**Número de Documento:**	13724367	
Correo Electrónico:	jjairo1980@gmail.com		**Número Telefónico:**	3214420777	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1603-2023	**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
C03TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	96	0	100000	$9600000	55%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 9600000	NUEVE 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	$ 0	0
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 0	0
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2487370	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 9600000	2821

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 9600000	3158

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 8345530
2	MARZO	$ 10127160
3	ABRIL	$ 11252400
4	MAYO	$ 10127160
5	JUNIO	$ 9600000
6	JULIO	$ 10800000
7	AGOSTO	$ 12000000
8	SEPTIEMBRE	$ 9600000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 69764880	$ 91452250	$ 81852250	$ 9600000

	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 medico 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 prevencion de enfermedades y autocuidado de la salud	- Historia Clínica y 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 clinica y el formato de registro de anestesia toda la informacion del acto medico con los criterios definidos por el codigo de etica medica, el ministerio de salud y proteccion social y otros entes competentes	- Historia Clínica y formatos de registro de Anestesia

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	- Formatos, Guias; protocolos, consentimientos, formularios 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 inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion de pacientes y enfermedades de los mismos	- Historia Clínica 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 Clínica y formatos 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.	- Historia Clínica y formatos 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 consentimientos 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 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.	- Informacion y educacion al paciente y familiares	- Historia Clinica

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	$ 9600000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7899110007		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	05			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NUEVE MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 3840000	$ 614400	$ 614400
Salud		SANIDAD MILITAR		$ 480000	$ 480000
ARL	3	SURA		$ 93542	$ 93600
Caja de Compensación	NO		Total	$ 1114445	$ 1188000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BBVA COLOMBIA	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	563217975

JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTAÑEDA
13724367

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 6b361f6f4a9185270b3b2e6d2cd5b3e9cdce656a5e4c1502e4f02d2b839807
25359a283944ed270e460a38dd54e547ad

Número de Factura: JJHC-90
Fecha de Emisión: 11/10/2023
Fecha de Vencimiento: 11/10/2023
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Efectivo
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: HERNANDEZ CASTAÑEDA JOHN JAIRO
Nombre Comercial: HERNANDEZ CASTAÑEDA JOHN JAIRO
Nit del Emisor: 13724367
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: CL 59 7 61
Teléfono / Móvil: 6942059
Correo: jjairo1980@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: 9009585649
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-23
Responsabilidad tributaria: 01 -

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CARRERA 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	JJJC851212005	servicios de médicos especialistas	HUR	96,00	$ 100.000,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 9.600.000,00

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

FACTURA CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DE 2023
Linea de negocio:

Datos Totales

Documento validado por la DIAN 2023-10-11 21:04:30
Documento generado el: 2023-10-11 21:04:29
Generado por:Solución Gratuita DIAN
Nit:800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal		9.600.000,00
Descuento detalle		0,00
Recargo detalle		0,00
Total Bruto Factura		9.600.000,00
IVA		0,00
INC		0,00
Bolsas		0,00
Otros impuestos		0,00
Total impuesto (=)		0,00
Total neto factura (=)		9.600.000,00
Descuento Global (-)		0,00
Recargo Global (+)		0,00
Total factura (=)	**COP $**	$ 9.600.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764050622750 Rango desde: 82 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2023-12-19

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13724367
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTANEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 59 # 7 - 61 TORRE 1	TELÉFONO:	6942059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7899110007	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD:		AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/10/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			201326902

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 614.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 614.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901037916	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 480.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 480.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 93.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 93.600**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.188.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.188.000**

2023/10/04 9:41 PM USUARIO: SOI - CC13724367 PÁGINA 1 DE 1

Colombia Compra Eficiente

UTC -5 13:14:12 JJHC

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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		
☐	CTO 1603-2023 CTA FEBRERO JHON HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA FEBRERO JHON HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA MARZO HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA MARZO HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA ABRIL HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA ABRIL HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA MAYO HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA MAYO HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA JUNIO HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA JUNIO HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA JOHN HERNANDEZ JULIO 2023.pdf	CTO 1603-2023 CTA JOHN HERNANDEZ JULIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA AGOSTO JOHN HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA AGOSTO JOHN HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 1603-2023 CTA SEPTIEMBRE JOHN HERNANDEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA SEPTIEMBRE JOHN HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >