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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE		**Número de Documento:**	72288610	
Correo Electrónico:	lorbarsa24@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3142183216	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1643-2023	**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
I03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	12	0	88200	$1058400	6.5%
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	108	0	88200	$9525600	58.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 10584000**	**DIEZ MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO 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

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 7155180	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 10584000	2821
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 9525600	3158
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 10584000	3615

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 11583180
2	MARZO	$ 12171600
3	ABRIL	$ 9525600
4	MAYO	$ 10584000
5	JUNIO	$ 9525600
6	JULIO	$ 9525600
7	AGOSTO	$ 9525600
8	SEPTIEMBRE	$ 10584000
9	OCTUBRE	$ 9525600

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 65286000	**$ 103134780**	**$ 92550780**	**$ 10584000**

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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)	-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
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, guías 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 clínica
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	-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 evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente	- Historia clinica
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico 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
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

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 9525600
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	72371277	067		
2023	OCTUBRE	2023	11	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NUEVE MILLONES QUINIENTOS VEINTICINCO MIL SEISCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 3810240	$ 609638	$ 1369500
Salud		FAMISANAR		$ 476280	$ 1007000
ARL	3	SURA		$ 92817	$ 196300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 1105807	$ 2572800

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	480900009774

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Universitario
C.C. 1065611677

LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE
72288610

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

V°B°

© Siasur - 2023

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	72288610	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE	CALLE 166 # 9 - 45 TORRE 1 APTO 401	3105663086	lorapedu@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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
2023-10	2023-10	I	10/11/2023	72371277	TOTAL A PAGAR	
					$2.572.800	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	1.000.000	0		0		0	7	7.000	0	1.007.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	1.280.000	0	0	40.000	40.000	7	8.900	600	1.369.500	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	194.900				194.900	7	1.400	196.300			1.949	196.300	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	1.000.000	1.007.000
Pensión	1	1.360.000	1.369.500
Riesgos Laborales	1	194.900	196.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.554.900	2.572.800

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	72288610	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE		CALLE 166 # 9 - 45 TORRE 1 APTO 401	3105663086	lorapedu@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

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	
2023-10	2023-10	I	10/11/2023	72371277	$2.572.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES			
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Dom. exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VCT	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP
1	CC	72288610	PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL	59	0			X																	230301	8.000.000	1.280.000	0	0	40.000	40.000	EPS017	8.000.000	1.000.000	14-11	8.000.000	3	194.900		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



NIT: 72288610-1
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 166 9 45 TO1 AP 401, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 6013060785
Email. lorbarsa4@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No. 18764056244751 válida desde 2023-09-18 hasta 2024-03-18 rango desde LRPD65 hasta LRPD200.
REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.
NIT :	900958564-9
Dirección:	Carrera 24 No. 54 - 47 Sur, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono:	601 730000
Email:	contabilidad@subredsur.gov.co
Tipo de negociación:	Crédito
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago:	06/11/2023
Total de Líneas:	1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**LRPD67**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**11:14:03**
FECHA FIRMADO:	**23/10/2023 11:14:05**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
31	10	2023	30	11	2023

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Honorarios	WSD	108,00	$88.200,00		0,00	$9.525.600,00

Notas:

SON: (nueve millones quinientos veinticinco mil seiscientos pesos)
CUFE: c0eb264b2e36e2b703c868c2520e8e9203613eb10e09e8d5929914575394d830451b3caf2a37dfa912b6067d1f8bed75

Subtotal:	$9.525.600,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$9.525.600,00

Firma Digital: HvpJ/05R3wtz3SIBUseQ+z64kGLvsEp+80pZ+CNnlQa2hdi4sOHYiiKQt1OOtyId k3Comn9+vDAxSKMP/v/a7/85IE2YDC3JY9bHsJ+4gRAMGHMd6H zZEIV9VYvZwuf8 MGAqzr318OR387XI17XVjJ2WM4vidPIPivIPmTTsagTgfXxK4RBaWlcll7cqwsRS j3HrL6vZe0wXOpTe9gXdmLDuUrcRaSXbwDl DQzkp/BJOHZTHCpHNF8HEx7bvxuru rzqTvwAoP+6yj0yKen4GI0R62HQGPVcRpAR4EaE0a3klY1ff956XUXm32dZJsnOx klZMBlox9JZCKURv+t/+ xQ==

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.

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/10/2023 hasta: 31/10/2023 .

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. Nit. 830.959.534-0

e facturatech

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Departamento Nacional de Planeación - DNP

CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN

LA DIRECCIÓN DE GOBIERNO, DERECHOS HUMANOS Y PAZ
CERTIFICA A:

Lorenzo Perez

C.C.: 72288610

Por haber completado exitosamente el curso:

LENGUAJE CLARO PARA SERVIDORES Y COLABORADORES PÚBLICOS DE COLOMBIA

16 de noviembre de 2023

Intensidad de 35 horas
en modalidad virtual

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
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		
☐	Cuenta Febrero - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Febrero - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo - Contrato N°1643-	Cuenta Marzo - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ril- Contrato N°1643-	Cuenta Abril- Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	iyo- Contrato N°1643-	Cuenta Mayo- Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	nio - Contrato N°1643-	Cuenta Junio - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	lio - Contrato N°1643-	Cuenta Julio - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	osto 2023 - Contrato 23.pdf	Cuenta Agosto 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ptiembre 2023 - Contrato 23.pdf	Cuenta Septiembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	tubre 2023 - Contrato 23.pdf	Cuenta Octubre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >