

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-12-01	Hasta:	2023-12-31	
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	Procentaje(%) Centro de Costos
C03TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	12	100000	\$19200000	110.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 19200000	DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS 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
6	2023-11-01	2024-01-31	6	\$ 16800000	3615
7	2023-12-01	2023-12-31	7	\$ 22000000	3936
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	
9		OCTUBRE		\$ 9600000	
10		NOVIEMBRE		\$ 16800000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 69764880		\$ 130252250		\$ 108252250	\$ 22000000
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás 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	

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 clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 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 de Anestesia
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas 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, formularios MIPRES y Actas de reuniones
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud	- Diligenciar los formatos de registro de atención en salud que permitan inscripción, manejo, seguimiento y canalización 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 formatos de registro de Anestesia
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico 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 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 evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento	- Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnóstico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	- Historia clínica, formatos de consentimientos y registro anestésicos
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico 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.	- Información y educación al paciente y familiares	- Historia Clínica

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	\$ 16800000	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2023	NOVIEMBRE	2023	12	04	7906591566	96			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 6720000	\$ 1075200	\$ 1142000	
Salud					SANIDAD MILITAR		\$ 840000	\$ 840000	
ARL				3	SURA		\$ 163699	\$ 163700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1950278	\$ 2145700	
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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE : 869e1e317e6989b02a8de457ffbba2002247b05a878f47682ccad4b49f1db7
ebd3c857fd33bc03df8cf3cd7c89612e2b
Número de Factura: JJHC-96
Fecha de Emisión: 14/12/2023
Fecha de Vencimiento: 14/12/2023
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: jjaro1980@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

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	JJJC851212005	servicios de médicos especialistas	HUR	192,00	\$ 100.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 19.200.000,00

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 DICIEMBRE DE 2023

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2023-12-14 15:26:54
Documento generado el: 2023-12-14 15:26:49
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit: 800.197.268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	/

Subtotal	19.200.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	19.200.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	19.200.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 19.200.000,00

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13724387
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JOHN JAIRO HERNANDEZ CASTANEDA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 59 # 7 - 61 TORRE 1 APTÓ	TELÉFONO:	6942059
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7906591566	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN:	MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD:	AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/12/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	315592522

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

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800227940	231001	231001-COLFONDOS			1	\$ 1.142.400
SUBTOTAL:					1	\$ 1.142.400
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
901037916	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION			1	\$ 840.000
SUBTOTAL:					1	\$ 840.000
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR			1	\$ 40.400
SUBTOTAL:					1	\$ 40.400
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 163.700
SUBTOTAL:					1	\$ 163.700

VALOR SIN MORA:	\$ 2.186.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 2.186.500



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir un

Buscar...

Escribiría → Menú → Administración de contratos → **ver contrato**

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Si ☒ No

9 Incumplimientos

Identificación de pago	numero 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

datos guardados

Id	Nombre del archivo	Cargado por			
2023 CTA FEBRERO JHON IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA FEBRERO JHON HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA MARZO IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA MARZO HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA ABRIL IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA ABRIL HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA MAYO IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA MAYO HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA JUNIO IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA JUNIO HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA JOHN HERNANDEZ 3.pdf	CTO 1603-2023 CTA JOHN HERNANDEZ JULIO 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA AGOSTO JOHN IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA AGOSTO JOHN HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA SEPTIEMBRE JOHN IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA SEPTIEMBRE JOHN HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA OCTUBRE JOHN IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA OCTUBRE JOHN HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	
2023 CTA NOV 2023 JOHN IEZ.pdf	CTO 1603-2023 CTA NOV 2023 JOHN HERNANDEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle	

Borrar

Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >