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:**	2023-12-01	**Hasta:**	2023-12-31	
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
A28TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	24	0	100000	$2400000	13.8%
C04TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	144	36	100000	$18000000	103.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 20400000**	**VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS 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
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 21600000	3158
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 15600000	3615
7	2023-12-01	2023-12-31	7	$ 20400000	3936

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
8	SEPTIEMBRE	$ 21600000
9	OCTUBRE	$ 21600000
10	NOVIEMBRE	$ 15600000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 69764880	$ 197927500	$ 177527500	$ 20400000

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	Prestación 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 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 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 medico con los criterios definidos por el código de ética medica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes	Historia clínica y formato de registro de anestesia
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, protocolos, guías, 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 atención en salud que permitan identificar, caracterizar, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de pacientes y enfermedades de los mismos	Formatos de registro de atención en salud
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 ESE en procura de una atención y cuidado integral del paciente	Historia Clínica y Actas de reuniones
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 consultan al SUBRED SUR ESE	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 información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnostico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	Historia Clínica y Formato de registro de Anestesia
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento	Dar Cumplimiento a las metas de producción acordadas con el supervisor de contrato para efectos de actividades y / o productos de servicio especializado conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y la SUBRED SUR E.S.E	Informes de Actividades Realizadas
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propósitos misionales de la SUBRED SUR E.S.E	Actas de actividades y reuniones

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	$ 15600000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73166337	341		
2023	NOVIEMBRE	2023	12	13				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		QUINCE MILLONES SEISCIENTOS 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	$ 6240000	$ 998400	$ 1190000
Salud		COMPENSAR		$ 780000	$ 875000
ARL	3	SURA		$ 152006	$ 170600
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1810973**	$ 2235600

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

© 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	79416343	ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO	carrera 32 A numero 25 B - 75 torro 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
					TOTAL A PAGAR	
2023-11	2023-11	I	13/12/2023	73166337	$2.235.600	

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	875.000	0		0		0	0	0	0	875.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.120.000	0	0	35.000	35.000	0	0		1.190.000	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	860903790-5	170.600				170.600	0	0	170.600			1.706	170.600	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	875.000	875.000
Pensión	1	1.190.000	1.190.000
Riesgos Laborales	1	170.600	170.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.235.600	2.235.600

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 S - 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	
2023-11	2023-11	I	13/12/2023	73166337	$2.235.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Dependiente	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	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	Aporte MEN
1	CC	79416343	MARTINEZ DELGADILLO ALEXANDER	59	0		N															25-14	7.000.000	1.120.000	0	0	35.000	35.000	EPS008	7.000.000	875.000	14-11	7.000.000	3	170.500		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
Email: cesar.asesorias@hotmail.com
Teléfono: 00000000

Departamento	Fecha		
Bogotá	13	12	2023

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

SETT 141

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	**NIT:**	900958564	**Fecha de firmado:**	13/12/2023 13:56:19
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:	Diciembre 13 del 2023	**Hora emisión:**	13:56:17	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Total de Líneas: 1					

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	UNIDAD MEDIDA	VR UNIT.	TOTAL
1	2	1,00	Servicios como médico Anestesiólogo	WSD	$20.400.000,00	$20.400.000,00

SON: (VEINTE MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS)
CUFE: 1038ac769294e165ac59cfe6e9d16cbe8a47f3d357aa52be8ba6042af186de864408d4383fec47a0f85dd1c23f02b3a1

SUBTOTAL:	$20.400.000,00
TOTAL:	$20.400.000,00

NOTAS:
Honorarios de 1 a 31 de diciembre de 2023

Firma Digital: mT/r4R+TCALFYqUR/8t7S1fgxBqgcMvN0M/BCbLxXd4WBdcETohQ58Eg0fnRX wEyTXd9NZuxmEhvxH1sp5glgS4l28kodUnNpOeLBtsApGt5Zh IvbBCkhgbuQCn+ 8+8YwPmFJdnzmL82mVG+/Z6Pg4HKv7NTsfj7OEOvwNBWo7jGYkYQGBGXPomAt484 614k48Qdm6zEarlqwmaYBNLob49Sn+PmtJ SbwD9x444eFOATJp3WtMLx8TleJ43 kedGoAvsfYQNM+/r2v59CP8nES0whDfyB70hW0mgwX5xWWhLal+/1uOJYM/ng3c wgQ4EF1le6P6UBTsDCOy WA==

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

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? 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 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
☐	CUENTA SEPTIEMBRE - PS1609-2023	CTO 1609-2023 CTA SEPTIEMBRE MARTINEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE - PS 1609-2023	CTO 1609-2023 CTA OCTUBRE MARTINEZ_231120_234503.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE - PS 1609-2023	CUENTA COBRO NOV 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >