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	SIAS

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO		**Número de Documento:**	316713	
Correo Electrónico:	nhomerocastro@gmail.com		**Número Telefónico:**	3143817819	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1630-2023	**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
A24VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	24	0	88200	$2116800	13%
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	96	78	88200	$15346800	94%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 17463600	**DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS 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	$ 20079780	1563
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 16934400	2132

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 16934400	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 19051200	2821
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 13759200	3158
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 15876000	3615
7	2023-12-01	2023-12-31	7	$ 16934400	3936
8	2024-01-01	2024-01-31	8	$ 17463600	144

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 17098980
2	MARZO	$ 17992800
3	ABRIL	$ 16405200
4	MAYO	$ 16934400
5	JUNIO	$ 16934400
6	JULIO	$ 16934400
7	AGOSTO	$ 16934400
8	SEPTIEMBRE	$ 15876000
9	OCTUBRE	$ 16405200
10	NOVIEMBRE	$ 16405200
11	DICIEMBRE	$ 16934400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 65286000	$ 202318980	$ 184855380	$ 17463600

	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 ginecologia	-Programacion de actividades

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 clinica
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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección 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 demás 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, así 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 clinica
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	-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 evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico 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
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 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	$ 16934400
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9461245527	NHCC71		
2023	DICIEMBRE	2024	01	05				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIECISEIS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS PESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	SI	PROTECCIÓN	$ 6773760	$ 1083802	$ 0
Salud		FAMISANAR		$ 846720	$ 1376300
ARL	3	SURA		$ 165009	$ 268300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 1965881	$ 1644600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66934395094

NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO
316713

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enfermería
C.C. 1.023.861.770

© Siasur - 2024

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 316713		CASTRO CASTILLO NORMAN HOMERO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 131B 54-21 BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143817819	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	380201881	9461245527	I	2024/01/04	2024/01/05	BANCO DE BOGOTA	1	$1,644,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$268,000	$300	$0	$268,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$268,000	$300	$0	$268,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,375,000	$1,300	$0	$1,376,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$1,375,000	$1,300	$0	$1,376,300
TOTAL				1	$1,643,000	$1,600	$0	$1,644,600

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 316713		CASTRO CASTILLO NORMAN HOMERO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 131B 54-21 BOGOTA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143817819	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	380201881	9461245527	I	2024/01/04	2024/01/05	BANCO DE BOGOTA	1	$1,644,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0
1	CC 316713	CASTRO NORMAN		0	$0	$0	EPS017	30	$11,000,000	$1,375,000		0	$0	$0	14-11	30	$11,000,000	$268,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$0	$0			$11,000,000	$1,375,000			$0	$0			$11,000,000	$268,000		$0	$0

NORMAN HOMERO CASTRO CASTILLO
NIT 316.713-
CALLE 131 B 54 21 CASA 53 HACIENDA IBERIA 2
Tel (031) 3143817819
Bogotá - Colombia
nhomerocastro@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. NHCC 71

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
NIT	900.958.564-9	**Teléfono**	(601) 7300000
Dirección	Cra 20 # 49b 25 sur	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura

Generación	26/01/2024, 13:19
Expedición	26/01/2024, 13:19
Vencimiento	26/01/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	valor hora especialista hospitalizacion	198,00	88,200,00	17,463,600.00

Total ítems: 1

Valor en Letras:
Diecisiete millones cuatrocientos sesenta y tres mil seiscientos pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Consignación $ 17,463,600.00

Observaciones:

Total Bruto	17,463,600.00
Total a Pagar	17,463,600.00

Facturación Software y Procesos Servicios Saga SAS - Nit 830068481-1 - Version Software Siigo Nube. Firma electrónica vez vigente.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. Número Autorización 18764056044905 aprobado en 20230914 prefijo NHCC desde el número 62 al 100 Vigencia: 6 Meses - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9,66

CUFE: 932669748b0cc6532795f495b1240531c12ab43ecee01f441ed7fc08877f5014444bfd2e892b7b9455a9f0cac045dfb

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? 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		
☐	NORMAN CASTRO FEBRERO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO FEBRERO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO MARZO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO MARZO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO ABRIL 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO ABRIL 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO MAYO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO MAYO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO JUNIO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO JUNIO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO JULIO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO JULIO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO AGOSTO 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO AGOSTO 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO SEPTIEMBRE 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO SEPTIEMBRE 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO OCTUBRE 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO OCTUBRE 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO NOVIEMBRE 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO NOVIEMBRE 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NORMAN CASTRO DICIEMBRE 1630-2023.pdf	NORMAN CASTRO DICIEMBRE 1630-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CUESTA PROCESO CONTRATACION

CHA DE REGISTRO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-24

N° Radicado: 280548

Aceptar

MERO DE DOCUMENTO

MBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA