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:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	RAFAEL DARIO GOMEZ MALDONADO		**Número de Documento:**	19391322	
Correo Electrónico:	rafagomezm@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3005602448	
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1640-2023	**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
A24UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	60	0	88200	$5292000	32.4%
A24VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	60	0	88200	$5292000	32.4%
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	60	0	88200	$5292000	32.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 15876000**	**QUINCE MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS 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	$ 15734280	1563

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 15346800	2132
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 13759200	2433
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 14817600	2821
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 15346800	3158
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 14288400	3615
7	2023-12-01	2023-12-31	7	$ 17463600	3936
8	2024-01-01	2024-01-31	8	$ 15346800	144

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 14341080
2	MARZO	$ 16934400
3	ABRIL	$ 15876000
4	MAYO	$ 16405200
5	JUNIO	$ 16934400
6	JULIO	$ 15346800
7	AGOSTO	$ 14288400
8	SEPTIEMBRE	$ 14817600
9	OCTUBRE	$ 14817600
10	NOVIEMBRE	$ 14817600
11	DICIEMBRE	$ 16934400

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 65286000	**$ 187389480**	**$ 171513480**	**$ 15876000**

	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	-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	-Programación 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 clínica
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)	-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 clínica, sistema dinámica
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	-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	-Sistema de información dinámica gerencial
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	-Velar por el correcto manejo y cuidado del paciente según normatividad vigente	-Historia clínica
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	-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
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	-Brindar información de manera oportuna del paciente y su estado de salud, evolución y demás al familiar y/o acudiente	-Historia clínica
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor
9	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clinico objeto de tratamiento	-Realizar las demás actividades asignadas que apliquen según el perfil	-Supervisor Supervisor

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.	-N/A N/A N/A N/A	-N/A N/A N/A N/A

© Siasur - 2024

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	73872524	FE-44		
2023	DICIEMBRE	2024	01	10				
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	NO	PORVENIR	$ 6773760	$ 1083802	$ 2356200
Salud		COMPENSAR		$ 846720	$ 1873600
ARL	3	SURA		$ 165009	$ 337700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 1965881	$ 4567500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	550450800016112

RAFAEL DARIO GOMEZ MALDONADO
19391322

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

© Siasur - 2024

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	19391322	RAFAEL DARIO GOMEZ MALDONADO	CAR 7 B N. 146-50 APTO 502	2168508	caromarting@yahoo.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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	10/01/2024	73872524	$4.567.500	

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	1.730.600	141.000		0		0	1	1.600	200	1.873.600	2

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	2.215.400	0	0	69.300	69.300	1	2.000	200	2.356.200	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	337.300				337.300	1	400	337.700			3.373	337.700	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	1.871.800	1.873.600
Pensión	1	2.354.000	2.356.200
Riesgos Laborales	1	337.300	337.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	4.563.100	4.567.500

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	19391322	RAFAEL DARIO GOMEZ MALDONADO	CAR 7 B N. 146-50 APTO 502	2168508	caromarting@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	10/01/2024	73872524	$4.567.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotiza	Sueldo	Extranjero	Cotiza exterior	Corrección	ING	RET	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
CC	19391322	GOMEZ MALDONADO RAFAEL DARIO	59	0			N																	230301	13.846.000	2.215.400	0	0	69.300	69.300	EPS008	13.846.000	1.730.800	14-11	13.846.000	3	337.300		0	0	0	0	0	0	0
CC	1018499523	GOMEZ MARTING ANA MARIA	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	141.000		0		0		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
5b2da91ffba03a749c6c91ec6e097e04ea7da8f6cf29c4dba36defc67c0aa83170b11ba9b91ccfe3d6dcf8450d811900

Número de Factura: FE-44
Fecha de Emisión: 25/01/2024
Fecha de Vencimiento: 25/01/2024
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GOMEZ MALDONADO RAFAEL DARIO
Nombre Comercial: GOMEZ MALDONADO RAFAEL DARIO
Nit del Emisor: 19391322
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: CR 7 B 146 50 AP 502 BRR CEDRITOS
Teléfono / Móvil: 6016944673
Correo: rafagomezm@hotmail.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: 900958564
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 20 47B 35 SUR
Teléfono / Móvil: 7300000
Correo: cps.facturacionelectronica@subred.gov.co

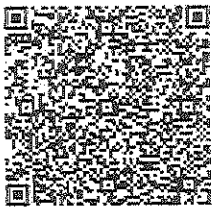
Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas	WSD	15.876.000,00	$ 1,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 15.876.000,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento validado por la DIAN 2024-01-25 17:17:37
Documento generado el: 2024-01-25 17:17:36
Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal			15.876.000,00
Descuento detalle			0,00
Recargo detalle			0,00
Total Bruto Factura			15.876.000,00
IVA			0,00
INC			0,00
Bolsas			0,00
Otros impuestos			0,00
Total impuesto (=)			0,00
Total neto factura (=)			15.876.000,00
Descuento Global (-)			0,00
Recargo Global (+)			0,00
Total factura (=)	**COP $**	$	15.876.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764061583724 Rango desde: 41 Rango hasta: 50 Vigencia: 2024-06-10

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		
☐	RAFAEL GOMEZ FEBRERO 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ FEBRERO 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ MARZO 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ MARZO 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ ABRIL 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ ABRIL 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ MAYO 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ MAYO 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFEL GOMEZ JUNIO 1640-2023.pdf	RAFEL GOMEZ JUNIO 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ JULIO 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ JULIO 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ AGOSTO 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ AGOSTO 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ SEPTIEMBRE 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ SEPTIEMBRE 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ OCTUBRE 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ OCTUBRE 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ NOVIEMBRE 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ NOVIEMBRE 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RAFAEL GOMEZ DICIEMBRE 1640-2023.pdf	RAFAEL GOMEZ DICIEMBRE 1640-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CHA DE REGISTRO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-24

N° Radicado: 260548

Aceptar

MBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA