

 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		

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-01-01	Hasta:	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE		Número de Documento:	72288610	
Correo Electrónico:	lorbarsa24@hotmail.com		Número Telefónico:	3142183216	
Nombre del Supervisor:	RICARDO GALVIS MARTINEZ	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 Perteneces:	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	Procentaje(%) Centro de Costos
D01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	108	0	88200	\$9525600	58.4%
I03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	12	0	88200	\$1058400	6.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	S 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	S 0	0
2	2023-07-01	2023-08-31	2	S 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
7	2023-12-01	2023-12-31	7	\$ 10584000	3936
8	2024-01-01	2024-01-31	8	\$ 10584000	144
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	
10		NOVIEMBRE		\$ 10584000	
11		DICIEMBRE		\$ 10584000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 65286000		\$ 124302780		\$ 113718780	\$ 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	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	Realizar actividades de información, educación, comunicación, 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 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)	-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 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 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
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	-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 médico acorde al cuadro clínico 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 clínico 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 clínico 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

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

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73999084	LRPD74		\$ 10584000	
2023	DICIEMBRE	2024	01	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIEZ MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 4233600	\$ 677376	\$ 13749000	
Salud					FAMISANAR		\$ 529200	\$ 10109000	
ARL				3	SURA		\$ 103130	\$ 1971000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1228675	\$ 25829000	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	480900009774	

LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE
72288610

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO

DATOS DEL APORTANTE		CORREO	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	72288610	LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE	CALLE 166 # 9 - 45 TORRE 1 APTO 401
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
UNICA	I - Independiente		DEPARTAMENTO
			BOGOTÁ D. C.
			BOGOTÁ, D.C.
			NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPIC
				1	0
PERIODO SALUD	2023-12	PERIODO PENSIONES	2023-12	TOTAL A PAGAR	
				32 582 900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	NIT
EPS017	Fantisanar EPS	830003584-7
		1.000.000

Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Colación	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
	0		0	12	10.900	0	1.010.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Colización Obligatoria
230301	Provenir	80022408-8	1.280.000

Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	40.000	40.000	12	13.900	1.000	1.374.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	Incapacidad
				No. Autorización
14-11	ARL SURA	860805790-5	194.900	

Código	Descripción	Aportes Otros		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
		Sistemas										
01				194.900	12	2.200	197.100			1.949	197.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
		ESAP		
		MEN		

ITEM	UNID.	QTD.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				
101				
102				
103				
104				
105				
106				
107				
108				
109				
110				
111				
112				
113				
114				
115				

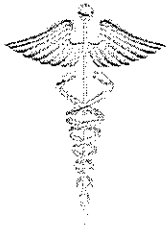
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.000.000	1.010.900
Pensión	1	1.360.000	1.374.900
Riesgos Laborales	1	194.900	197.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.554.900	2.682.900

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	CUIDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA INICIO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2023-12					2023-12	
					73999084	
					\$2.552.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES			
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Categoría	Domicilio	Identificación	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría	Categoría
CC	72288610	PEREZ DUARTE LORENZO RAFAEL	59	0	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14

**LORENZO RAFAEL PEREZ DUARTE**

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.	FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	LRPD74												
NIT :	900958564-9	MONEDA:	COP Colombia, Pesos												
Dirección:	Carrera 24 No. 54 - 47 Sur, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia	HORA EMISIÓN:	18:01:04												
Teléfono:	601 730000	FECHA FIRMADO:	24/01/2024 18:01:07												
Email:	contabilidad@subredsur.gov.co														
Tipo de negociación:	Crédito	FECHA DE EMISIÓN	FECHA DE VENCIMIENTO												
Medio de Pago:	Transferencia Débito Bancaria	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>31</td><td>01</td><td>2024</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	31	01	2024	<table><tr><td>DIA</td><td>MES</td><td>AÑO</td></tr><tr><td>29</td><td>02</td><td>2024</td></tr></table>	DIA	MES	AÑO	29	02	2024
DIA	MES	AÑO													
31	01	2024													
DIA	MES	AÑO													
29	02	2024													
Fecha de Pago:	09/02/2024														
Total de Líneas:	1														

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	85121200-5	Servicios de médicos especialistas Honorarios	WSD	120,00	\$88.200,00				0,00	\$10.584.000,00

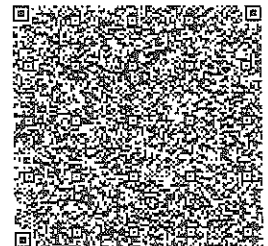
Notas:	Subtotal:	\$10.584.000,00
	Cargos:	\$0,00
	Descuento:	\$0,00
SON: (diez millones quinientos ochenta y cuatro mil pesos)	Total:	\$10.584.000,00
CUFE: 0b80b57dc7063cfc5b4ea346fd5ce8e124610126058b690ec24f947b506e35fed4ecd8cd1510684a0dc7b195d9cb71b3		

Firma Digital: T/o7UgnEDGJFB1PohWYXp/QyDF92pHXroh3hK79O+yFTiqbUHgsAoWHUCQj9+B
7zS8IS0bFGI1c+hbYndUGAcCRdowLmuW90xJSUivRVhYtMfJn/
hziNwFJxVNTwH LT3TORSLKhtqLhoIECQJHca4KHODUXtROREv+laJ+HFuyYU/CCBImrBrSU8Yw pAGBpGmcHKvTuL4L2QEw+HrKUQ9EdARwAAZ
jzTV4C+57wUpBVPYtMGsYLXh82l PHHD00zJQWRwXDd1OySSES/Lzw5y1Z38Fxb5hmya9RXryZoXmp8t3+BeXh2YsJO b8MlI38LnK95DW5qSJGr
lg==

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.

Periodo de facturación de: 01/01/2024 hasta: 31/01/2024.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.



Software: e-Factura Proveedor tecnológico: cadena. NIT 690.930.934-9

[Búsqueda](#)[Mis compras](#)[Menu](#)[Ir a](#)[Buscar...](#)[Escritura](#) → [Menu](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**[Información general](#)[Datos guardados](#)[Condiciones](#)[Cancelar](#)

<

[Evaluación de la Entidad Estatal](#)

>

[Bienes y servicios](#)**VER CONTRATO**[Documentos del Proveedor](#)**Ejecución del Contrato**[Documentos del contrato](#)[Porcentaje](#) [Recepción de artículos](#)[Información presupuestal](#)**7 Ejecución del Contrato****Plan de Pagos**[Modificaciones del Contrato](#)**¿Se requieren emisiones de****códigos de autorización?**☒ Sí☐ No[Incumplimientos](#)

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°1643-2023.pdf	Cuenta Marzo - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Abril - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Abril - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Mayo - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Junio - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Julio - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Julio - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Agosto 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Agosto 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Septiembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Septiembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Octubre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Octubre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Noviembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Noviembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Diciembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Cuenta Diciembre 2023 - Contrato N°1643-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

[Borrar](#)[Cargar nuevo](#)

<

[Evaluación de la Entidad Estatal](#)

>

ENCUESTA PROCESO CONTRATACION

FECHA DE REGISTRO



ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-12

Nº Radicado: 254090

Aceptar

cantidad requerida

NÚMERO DE DOCUMENTO

cantidad requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

