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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31	
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:	1353-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
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
I20NETN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	168	0	100000	$16800000	90.3%
A28TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	18	6	100000	$2400000	12.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 19200000**	**DIECINUEVE MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01			**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-06-30	1	$ 34200000	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 33600000	1547
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 47600000	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 10800000	2617

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 18000000
2	MARZO	$ 18000000
3	ABRIL	$ 20400000
4	MAYO	$ 16800000
5	JUNIO	$ 13200000
6	JULIO	$ 20400000
7	AGOSTO	$ 20400000
8	SEPTIEMBRE	$ 18000000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 55800000	**$ 182000000**	**$ 145200000**	**$ 36800000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(a) acorde con la Lex Artis, según 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 MEDICO EN CIRUGIA	-HISTORIA CLINICA
2	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	--PRESENTA INFORMES Y REPORTES	- INFORMES Y REPORTES
3	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 realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás 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).	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLINICA

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	--PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS	-GUIAS Y PROTOCOLOS
5	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.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- HISTORIA CLINICA
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO	-INFORMES Y REPORTES
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLINICA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	--COMUNICACIÓN ACERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES	- HISTORIA CLINICA
9	9). Cumplir 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 LA SUBRED SUR E.S.E.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- INFORMES Y REPORTES
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--PRESENTAR INFORMES Y REPORTES	- INFORMES Y REPORTES

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	$ 18000000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80960848	351		
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	10				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DIECIOCHO MILLONES DE 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	$ 7200000	$ 1152000	**$ 1445000**
Salud		COMPENSAR		$ 900000	**$ 1062500**
ARL	3	SURA		$ 175392	**$ 207100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 2089584**	**$ 2714600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	2170027425

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARTINEZ DELGADILLO ALEXANDER	2024-10-27 08:19:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2024-10-30 21:02:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-11-01 16:43:54

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ
PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD

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 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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80960848	$2.714.600	

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	1.062.500	0		0		0	0	0	0	1.062.500	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	1.360.000	0	0	42.500	42.500	0	0		1.445.000	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	890903790-5	207.100				207.100	0	0	207.100			2.071	207.100	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	1.062.500	1.062.500
Pensión	1	1.445.000	1.445.000
Riesgos Laborales	1	207.100	207.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.714.600	2.714.600

PAGADA

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
CC	79416343	ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO		carrera 32 A numero 25 B - 75 torre 4 apto 511	2690532	amartinezdelgadillo@Gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

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	
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80960848	$2.714.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	8.500.000	1.360.000	0	0	42.500	42.500	EPS008	8.500.000	1.062.500	14-11	8.500.000	3	207.100		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° 18764075692408
Fecha 24/07/2024 - 24/01/2025
Autorización de Facturación Electrónica del 349 al 1000
Email: cesar.asesorias@hotmail.com
Teléfono: 00000000

Departamento	Fecha		
Bogotá	21	10	2024

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

N° 351

Cliente:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	**NIT:**	900958564	**Fecha de firmado:**	21/10/2024 15:45:17
Dirección:	CARRERA 20 # 47B-35	**Departamento:**	Bogotá	**Teléfono:**	7428585
Email:	cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co	**Forma de Pago:**	Contado	**Medio de pago:**	Transferencia Débito Bancaria
Vencimiento:	del	**Hora emisión:**	15:45:15-05:00	**Moneda:**	COP Colombia, Pesos
Total de Lineas:	1				

#	CÓDIGO	CANT	DESCRIPCIÓN	U. M.	IMPUESTOS			VR UNIT.	TOTAL
					NOM.	% o VAL	MONTO		
1	2	1,00	Servicios como médico Anestesiólogo	WSD				$19.200.000,00	$19.200.000,00

Notas:
Honorarios del 1 al 31 octubre de 2024.

SON: (diecinueve millones doscientos mil pesos)
CUFE: 553d79df87517315ce3aaaaf30bebcea8fe54d3c1dcae5daf2773c3cface33f87e235ae658362717e8e6bb81add3e327

Subtotal:	$19.200.000,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$19.200.000,00

Firma Digital: s5q0KyLiYI4zIFQXHlwLaf+jMbw3oEVZ+RwjudbaOY92AfdJUHYsfNRFljsrjV9Y 4F2sq2koQrSC6BOiaaYXEK0kH39MT9jLn2i+ICicHWLVV/NGQJ
el6iAtEiHnvmOw pc3a/AyGvswv5F2i3rYkpxLtHOFQPuy9mW4bU9+hiTkDhItOJVncukZ29sWUJRpn hDpQZujypYx0djZ7yJH6CF4w3P3ax1XoIyG
rX7QL3Ra0m/YGBlN33Ubpc9XkWTqi 9KYLYtyTlxEqWTaK4no6LF1LanRS61Vza7HwzPvCgVMShYNgFsLlpMkyvdtaBg/B c+sn+Fqrgirj581biSeh
zQ==

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.

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

Contrato actualizado

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 FEBRERO - PS-1353-2024	CTO 1353-2024 CTA FEBRERO MARTINEZ_240307_153230.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - PS1353-2004	CTO 1353-2024 CTA MARZO TUNAL MARTINEZ_240423_005220.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - PS-1353-2024	ilovepdf_merged (5).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO - PS-1353-2024	CTO 1353-2024 CTA MAYO TUNAL MARTINEZ_240610_195042.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO - PS1353-2024	CTO 1353-2024 CTA JUNIO TUNAL MARTINEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO - PS1353-2024	CUENTA JULIO TUNAL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 1353-2024 CTA AGOSTO TUNAL MARTINES.pdf (Archivado)	CTO 1353-2024 CTA AGOSTO TUNAL MARTINES.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA AGOSTO - PS1353-2024 (Archivado)	FACTURA ALEX AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO - PS1353-2024	FACTURA ALEX AGOSTO (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE - PS1353-2024	ilovepdf_merged (9).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

fG2N2aZxA1

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

ALEXANDER MARTINEZ DELGADILLO

79416343

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

SOCIALIZACIÓN GUÍA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN ADULTOS

Con una intensidad horaria de : 1 hora

Para constancia se expide:

octubre 11, 2024

Vigencia de 1 año

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

BOGOTÁ