| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-12-01 | **Hasta:** | 2024-12-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JORGE LUIS BONFANTE MORA | | **Número de Documento:** | 6886967 | |
| **Correo Electrónico:** | JOLUBOMO@HOTMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3002147845 | |
| **Nombre del Supervisor:** | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-28 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1388-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 433 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I06TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 72 | 0 | 87750 | $6318000 | 38.7% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 6318000** | **SEIS MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO 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 | $ 3422250 | 1022 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 0 | 0 |
| 3 | 2024-08-01 | 2024-10-31 | 3 | $ 12899250 | 2136 |
| 4 | 2024-10-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 6318000 | 2617 |
| 5 | 2024-11-01 | 2024-12-31 | 5 | $ 9477000 | 2773 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 6844500 |
| 2 | MARZO | $ 5791500 |
| 3 | ABRIL | $ 6844500 |
| 4 | MAYO | $ 6318000 |
| 5 | JUNIO | $ 7371000 |
| 6 | JULIO | $ 6844500 |
| 7 | AGOSTO | $ 7897500 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 7897500 |
| 9 | OCTUBRE | $ 7897500 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 8424000 |
| 11 | DICIEMBRE | $ 6318000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 48964500** | **$ 81081000** | **$ 78448500** | **$ 2632500** |

| 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. | -Actividades relacionadas con la participación en la revista de los pacientes asignados en piso y atención de agenda apoyada en consulta externa | -Practica 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. | -Actividades relacionadas con la gestión asistencial | -Practica clinica |
| 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). | -Actividades relacionadas con la gestión asistencial | -Practica clinica |

| 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. | -Aplicación de guías de acuerdo a las diferentes patologías de los pacientes, realización de Mipres según lo requerido | -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. | -Captación de pacientes en Hospitalización y Consulta Externa para canalizarlo y seguirlo en las rutas de la Salud | -Prcatica clinica |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | -Actividades relacionadas con la gestión asistencial, con pacientes hospitalizados y consulta externa | -Practica clinica |
| 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. | -Actividades relacionadas con la gestion asistencial | -Practica clinica |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | -Actividades relacionadas con la gestión asistencial, informando de sus novedades y practica | -Practfica 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 metas establecidas en el servicio | -Practica clinica |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -segun la necesidad del servicio | Practica clinica- |

## 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 | 82504909 | - | | $ 8424000 |
| 2025 | NOVIEMBRE | 2024 | 12 | 11 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | OCHO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO 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 | $ 3369600 | $ 539136 | **$ 544000** |
| Salud | | SURA | | $ 421200 | **$ 425000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 82083 | **$ 82900** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 977925** | **$ 1051900** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870191311 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JORGE LUIS BONFANTE MORA | 2024-12-15 11:21:58 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ | 2024-12-17 05:52:55 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-12-17 20:46:38 |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-01-17 15:40:05 |

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 | 6886967 | JORGE LUIS BONFANTE MORA | Calle 152 # 9 80 Torre 1 apt 1002 | 5219925 | jorbon97@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 11/12/2024 | 82504909 | $1.051.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 425.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 425.000 | 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 | 544.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 544.000 | 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 | 82.900 | | | | 82.900 | 0 | 0 | 82.900 | | | 829 | 82.900 | 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 | 425.000 | 425.000 |
| Pensión | 1 | 544.000 | 544.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 82.900 | 82.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 1.051.900 | 1.051.900 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 6886967 | JORGE LUIS BONFANTE MORA | | Calle 152 # 9 80 Torre 1 apt 1002 | 5219925 | jorbon97@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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-11 | 2024-11 | I | 11/12/2024 | 82504909 | $1.051.900 | |

## 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 | Estornado | 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 | 6886967 | BONFANTE MORA JORGE LUIS | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 3.400.000 | 544.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 3.400.000 | 425.000 | 14-11 | 3.400.000 | 3 | 82.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA FEBRERO 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA MARZO 2024 D.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA MARZO 2024 D.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA ABRIL 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA ABRIL 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA MAYO 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA MAYO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA JUNIO 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA JUNIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA JULIO 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA JULIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA AGOSTO 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA AGOSTO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA SEPTIEMBRE 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA SEPTIEMBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA OCTUBRE 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA OCTUBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | BONFANTE CTO 1388 CTA NOVIEMBRE 2024.pdf | BONFANTE CTO 1388 CTA NOVIEMBRE 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >