PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-13, 04:23:51 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068571209

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810820278

PAGADO 12/01/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NESTOR ANTONIO FERNANDEZ MORENO		
Documento	CC79355964	**Dirección**	CLL 23 BIS 28 85 APT 110
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6775263
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79355964	NESTOR ANTONIO FERNANDEZ MORENO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.600.000	$ 256.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.600.000	$ 200.000	2,436	$ 1.600.000	$ 39.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 495.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 1.600.000	$ 0	$ 256.000	$ 200.000	$ 39.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 495.000	$ 0	$ 495.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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

< Ev

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	Esta
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargad
☐	Documentos sin vencimiento.zip	Documentos sin vencimiento.zip	Provee
☐	Documentos con vencimiento.zip	Documentos con vencimiento.zip	Provee
☐	RUT Actualizado 4 Feb 2024.pdf	RUT Actualizado 4 Feb 2024.pdf	Provee
☐	RIT Actualizado 5 Feb 2024.pdf	RIT Actualizado 5 Feb 2024.pdf	Provee
☐	Certificación ACLS - BLS 7 Marzo 2024.pdf	Certificación ACLS - BLS 7 Marzo 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO MARZO 2024	CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024	CUENTA DE COBRO ABRIL 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO MAYO 2024	CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Provee
☐	Certificado Curso Participación Comunitaria Julio 2024.pdf	Certificado Curso Participación Comunitaria Julio 2024.pdf	Provee
☐	Certificado Optométrico 194813 del 20240724.jpg	Certificado Optométrico 194813 del 20240724.jpg	Provee
☐	Certificado Curso Dengue OPS 4735844 Julio 2024.pdf	Certificado Curso Dengue OPS 4735844 Julio 2024.pdf	Provee
☐	Conflicto Intereses General Subred Sur 1720216613879_79355964.pdf	Conflicto Intereses General Subred Sur 1720216613879_79355964.pdf	Provee
☐	Declaración de Bienes y Rentas Subred Sur 1720216502189_79355964.pdf	Declaración de Bienes y Rentas Subred Sur 1720216502189_79355964.pdf	Provee
☐	Hoja de Vida Subred Sur 1721873248970_79355964.pdf	Hoja de Vida Subred Sur 1721873248970_79355964.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 2024	CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA JULIO 1325-2024.pdf	CUENTA JULIO 1325-2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2024	cuenta de cobro agosto 2024.pdf	Provee
☐	Certificado_curso_RIESGO_TRANSPARENCIA_Y_ETICA.pdf	Certificado_curso_RIESGO_TRANSPARENCIA_Y_ETICA.pdf	Provee
☐	Certificado_curso_Vas_URINARIAS_EN_ADULTOS.pdf	Certificado_curso_Vas_URINARIAS_EN_ADULTOS.pdf	Provee
☐	SISSCOPóliza RC Médica Octubre 2024.pdf	SISSCOPóliza RC Médica Octubre 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2024.pdf	Provee
☐	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024	CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2024.pdf	Provee

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Cancelar

< Ev

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:**	2025-01-01	**Hasta:**	2025-01-20	
Nombre del Contratista:	NESTOR ANTONIO FERNANDEZ MORENO		**Número de Documento:**	79355964	
Correo Electrónico:	tunalitoon@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102747239	
Nombre del Supervisor:	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-28

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1325-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	433
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
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
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	56	0	37000	$2072000	43%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2072000**	**DOS MILLONES SETENTA Y DOS 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	$ 2886000	1022
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 0	0
3	2024-08-01	2024-10-31	3	$ 6216000	2136
4	2024-10-01	2024-11-30	4	$ 4181000	2617
5	2024-11-01	2024-12-31	5	$ 3108000	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	$ 932400	2962

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-12-31	2025-01-20	7	$ 1139600	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	$ 1139600	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	$ 932400	2962
10	2025-01-01	2025-01-09	10	$ 932400	2962
11	2025-01-09	2025-01-20	11	$ 1139600	26

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 3108000
2	MARZO	$ 3552000
3	ABRIL	$ 3108000
4	MAYO	$ 3552000
5	JUNIO	$ 3108000
6	JULIO	$ 3552000
7	AGOSTO	$ 3737000
8	SEPTIEMBRE	$ 3108000
9	OCTUBRE	$ 3552000
10	NOVIEMBRE	$ 3552000
11	DICIEMBRE	$ 3108000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20646000	**$ 43253000**	**$ 37037000**	**$ 6216000**

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) 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 HOSPITALIZACION EN ATENCION A PACIENTES	-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.	--EDUCACION AL PACIENTE EN CUANTO A SU TRATAMIENTO, FORMULACION. Y CUIDADOS	-HISTORIA CLINICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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)	-REGISTRO EVOLUCIONES EN DINAMICA DIARIAMENTE, SEGUIMIENTO DE PACIENTES, TRATAMIENTOS,FORMULACION Y ANALISIS CLINICO DELOS PACIENTES	--HISTORIA CLINICA
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.	-REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS Y APLICARLOS AL SERVICIO	-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.	-REALIZAR COMUNICACION ACERTIVA CON LOS PACIENTES Y FAMILIARES	-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.	--DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD	-HISTORIA 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.	-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.	-COMUNICACION OPORTUNA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-HISTORIA CLINICA
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGUN EL SERVICIO	-HISTORIA 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	$ 3108000
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1068571209	-		
2024	**DICIEMBRE**	**2025**	**01**	**12**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**TRES MILLONES CIENTOOCHO 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	$ 1243200	$ 198912	**$ 256000**
Salud		COMPENSAR		$ 155400	**$ 200000**
ARL	3	SURA		$ 30284	**$ 39000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 360802**	**$ 495000**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	6890128306

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NESTOR ANTONIO FERNANDEZ MORENO	2025-01-28 17:48:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA FERNANDA RUIZ LOPEZ	2025-01-29 14:31:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-01-30 10:48:30

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