

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
6e0f1ea270e2f0d936936a1809f3218e4ef3352311a7c7a7e1fa35b0a9ea44a422bd73cdb0f069cd12b9ccda8dd1a2f6

Número de Factura: FV-144

Fecha de Emisión: 06/12/2024

Fecha de Vencimiento: 31/12/2024

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: GUZMAN YARA DILMER ORLEY

Nombre Comercial: GUZMAN YARA DILMER ORLEY

Nit del Emisor: 5826117

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 54 64 A 45 CON PARQUE CENTRAL SALITRE
ET 2 AP 203 TO 6

Teléfono / Móvil: 3122587172

Correo: dilmerguzman@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900958564

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-13

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 20 47B 35 SUR

Teléfono / Móvil:

Correo: facturacionelectronica@subredsur.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	5	PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS SUBRED SUR	NIU	201,00	\$ 88.200,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 17.728.200,00

Notas Finales

PERIDO FACTURADO DICIEMBRE 2024

Línea de negocio: SERVICIOS DE SALUD

Datos Totales



Documento generado el:
06/12/2024 19:04:59
Documento validado por la
DIAN:
06/12/2024 19:05:00
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	17728200
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	17728200
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	17728200
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 17728200

Valores informativos

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	17.728.200,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	17.728.200,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	17.728.200,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 17.728.200,00

Valores informativos

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

Numero de Autorización: 18764081912629 Rango desde: 138 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-04-21

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF															
CC 592617		GUZMAN YARA DILMER ORLEY	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	carrera 54 # 64 a 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	312587172	No															
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																								
Periodo			Clave		Tipo		Fecha		Pago															
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor															
2024-11	2024-11	1091222497		9478298886	1	2024/12/05	2024/12/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$4,315,600														
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	Codigo	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte	IBC	Dias	Aporte			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$13,200,000	\$2,244,000				\$13,200,000	\$1,650,000	\$0	\$0			\$13,200,000	\$321,600	\$0	\$0					
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$13,200,000	\$2,244,000				\$13,200,000	\$1,650,000	\$0	\$0			\$13,200,000	\$321,600	\$0	\$0					
Ciudad: BOGOTA Dpto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$13,200,000	\$2,244,000				\$13,200,000	\$1,650,000	\$0	\$0			\$13,200,000	\$321,600	\$0	\$0					
1	CC 5826117	GUZMAN DILMER	25-14	30	\$13,200,000	\$2,244,000	EP9006	30	\$1,650,000	\$13,200,000	0	\$0	\$0	14-11	30	\$13,200,000	\$321,600	0	\$0					
Total Afiliados(1)					\$13,200,000	\$2,244,000				\$13,200,000	\$1,650,000	\$0	\$0			\$13,200,000	\$321,600	\$0	\$0					



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 5826177		GUZMAN YARA DILMER ORLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 54 # 64 a 45	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3122587172	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha	Pago				
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	pago	Banco	Días Mora	Valor	
2024-11	2024-11	1091222497	1	2024/12/05	2024/12/02	BANCO DAVIVIENDA	0	\$4,215,600	
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$2,244,000	\$0	\$0	\$2,244,000
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	1	\$2,244,000	\$0	\$0	\$2,244,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$321,600	\$0	\$0	\$321,600
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$321,600	\$0	\$0	\$321,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$1,650,000	\$0	\$0	\$1,650,000
SANTAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$1,650,000	\$0	\$0	\$1,650,000
TOTAL					1	\$4,215,600	\$0	\$0	\$4,215,600

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
2362-2023 ENERO - DILMER.pdf (Archivado)	2362-2023 ENERO - DILMER.pdf	Proveedor Detalle
FACTURA ELECTRONICA FEBRERO.pdf (Archivado)	FACTURA ELECTRONICA FEBRERO.pdf	Proveedor Detalle
2649-2024 FEBRERO DILMER.pdf (Archivado)	2649-2024 FEBRERO DILMER.pdf	Proveedor Detalle
☐ FACTURA ELECTRONICA FEBRERO .pdf	FACTURA ELECTRONICA FEBRERO .pdf	Proveedor Detalle
☐ 2649-2024 FEBRERO.pdf	2649-2024 FEBRERO.pdf	Proveedor Detalle
☐ FACTURA ELECTRONICA MARZO.pdf	FACTURA ELECTRONICA MARZO.pdf	Proveedor Detalle
☐ 2649-2024 MARZO.pdf	2649-2024 MARZO.pdf	Proveedor Detalle
☐ FACTURA ELECTRONCA ABRIL.pdf	FACTURA ELECTRONCA ABRIL.pdf	Proveedor Detalle
☐ CERTIFICADO SARLAFT.pdf	CERTIFICADO SARLAFT.pdf	Proveedor Detalle
☐ 2649-2024 ABRIL.pdf	2649-2024 ABRIL.pdf	Proveedor Detalle

☐	FACTURA ELECTRONICA MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024-MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024-JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024-JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024 AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024 SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024-OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FACTURA ELECTRONICA DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2649-2024-NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31			
Nombre Contratista:	del	DILMER ORLEY GUZMAN YARA		Número de Documento:	5826117		
Correo Electrónico:	dilmerguzman@gmail.com			Número Telefónico:	3122587172		
Nombre Supervisor:	del	GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	-	009-05
DATOS DEL CONTRATO							
No. Contrato:	2649-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	465		
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA						
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS						
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
A26TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	155	0	88200	\$13671000	64.6%
A26VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	0	46	88200	\$4057200	19.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 17728200	DIECISIETE MILLONES SETECIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS 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	\$ 32193000	1013		
2	2024-06-01	2024-08-31	2	\$ 35368200	1541		
3	2024-08-01	2024-10-31	3	\$ 30076200	2136		
4	2024-10-01	2024-11-30	4	\$ 14288400	2617		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2024-11-01	2024-12-31	5	\$ 17640000	2773
6	2024-12-31	2025-01-09	6	\$ 5821200	2962
7	2024-12-31	2025-01-20	7	\$ 7114800	26
8	2024-12-31	2025-01-20	8	\$ 7114800	26
9	2024-12-31	2025-01-09	9	\$ 5821200	2962
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 19404000	
2		MARZO		\$ 17640000	
3		ABRIL		\$ 18963000	
4		MAYO		\$ 18522000	
5		JUNIO		\$ 14200200	
6		JULIO		\$ 17640000	
7		AGOSTO		\$ 14641200	
8		SEPTIEMBRE		\$ 18786600	
9		OCTUBRE		\$ 18698400	
10		NOVIEMBRE		\$ 16846200	
11		DICIEMBRE		\$ 17728200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 63504000		\$ 218941800		\$ 193069800	\$ 25872000
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	atención de pacientes en cirugía externa de pediatría conforme a la normatividad vigente.		registro de las consultas realizadas en el sistema cada periodo de atención	
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.	atención de pacientes en consulta externa indicando actividades de promoción y prevención de la salud. .		registro de las recomendaciones actualizadas y precisas para los pacientes atendidos en la consulta externa de pediatría	

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 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).	Atención integral de pacientes en rango de edad pediátrica con implementación de historia clínica completa.	registro en el sistema dinámico de las historias clínicas realizadas en cada jornada laboral según normatividad vigente.
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.	realización de formatos mipres con especificaciones claras según la necesidad de cada paciente..	en la historia clínica de realización de mipres y consentimientos informados en casos necesarios garantizando normas vigentes de bioseguridad
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.	realización de actividad informativa a los usuarios para adherencia a programas de capacitación y de información de salud según edad de los pacientes.	incrementando el número de pacientes que ingresan en los programas de promoción y prevención en la sub red.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente	realización de actividades en el lugar de trabajo para manejo integral y cuidado del paciente.	en mejora de la calidad de atención de los pacientes.
7	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.	Realización de historia clínica completa por atención de los pacientes con resultados clínicos y evidencia en	historia clínica de la información dada a familiares,
8	8). 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	Resurrección de historia clínica completa con órdenes médicas acordes a las necesidades de cada paciente.	Resurrección de historia clínica completa con órdenes médicas acordes a las necesidades de cada paciente. con la satisfacción y recuperación clínica de pacientes
9	9). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	realizar atención completa de los usuarios agendados en la jornada diaria de consulta externa.	listado completo de pacientes atendidos con historia clínica completa en la jornada diaria
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Realización de actividad informativa a los usuarios	recomendaciones actualizadas y precisas para los pacientes

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior	\$ 16846200	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9478298886	FV-144			
2025	NOVIEMBRE	2024	12	02					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIECISEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS 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	\$ 6738480	\$ 1078157	\$ 2244000	
Salud					SURA		\$ 842310	\$ 1650000	
ARL				3	SURA		\$ 164149	\$ 321600	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1955642	\$ 4215600	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	71641583000		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					DILMER ORLEY GUZMAN YARA			2024-12-11 15:10:53	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA			2024-12-12 07:16:50	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO			2024-12-13 11:03:24	
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.

GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA
DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS
Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025