| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2025-02-01 | **Hasta:** | 2025-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | DILMER ORLEY GUZMAN YARA | | **Número de Documento:** | 5826117 | |
| **Correo Electrónico:** | dilmerguzman@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3122587172 | |
| **Nombre del Supervisor:** | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | **Cargo:** | DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3272-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 26 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | 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 | 161 | 0 | 90846 | $14626206 | 86.6% |
| A26VJN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS | USS MANUELA BELTRÁN | 25 | 12 | 90846 | $3361302 | 19.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 17987508** | **DIECISIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-21 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-09-20 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 7994448 | |
| 2 | FEBRERO | $ 17987508 | |


***© Siasur - 2025***

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 135178848** | **$ 135178848** | **$ 25981956** | **$ 109196892** |

| 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 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. | 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 | 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 |
| 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). | 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 | 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 al necesidad de cada paciente.. | en la historia clínica de realización de mipres y consentimientos informados en casos necesarios garantizando normas vigentes de bioseguridad |
| 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 d pacientes que ingresan en los programas de promoción y prevención en al sub red. |
| 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 | 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. | Realización de historia clínica completa por atención de los pacientes con resultados clínicos y evidencia en | historia clínica de la información dada a familiares, |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 8 | Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento. | Resurrección de historia clínica completa con órdenes médicas acordes a las necesidades de cada paciente. | con la satisfacción y recuperación clínica de pacientes |
| 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 | 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 | 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 |


***© Siasur - 2025***

## 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 | 9481500322 | FV-151 | | $ 7994448 |
| 2025 | ENERO | 2025 | 02 | 10 | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **SIETE MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 3197779 | $ 511645 | **$ 2326900** |
| Salud | | SURA | | $ 399722 | **$ 1710900** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 77898 | **$ 333500** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 928059** | **$ 4371300** |

## 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 | 2025-02-22 06:43:10 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | GLORIA MARITZA PINILLA PINILLA | 2025-02-22 15:59:12 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-02-25 15:13:07 |
| 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 | 2025-03-13 10:16:28 |

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**

aportes en línea

# 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 5826117 | | GUZMAN YARA DILMER ORLEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 54 # 64 a 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3122587172 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1251955774 | 9481500322 | I | 2025/02/06 | 2025/02/10 | BANCO DAVIVIENDA | 4 | $4,371,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $13,650,000 | $2,320,600 | | | $13,650,000 | $1,706,300 | | | $0 | $0 | | | $13,650,000 | $332,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $13,650,000 | $2,320,600 | | | $13,650,000 | $1,706,300 | | | $0 | $0 | | | $13,650,000 | $332,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $13,650,000 | $2,320,600 | | | $13,650,000 | $1,706,300 | | | $0 | $0 | | | $13,650,000 | $332,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 5826117 | GUZMAN DILMER | 25-14 | 30 | $13,650,000 | $2,320,600 | EPS005 | 30 | $13,650,000 | $1,706,300 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $13,650,000 | $332,600 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $13,650,000 | $2,320,600 | | | $13,650,000 | $1,706,300 | | | $0 | $0 | | | $13,650,000 | $332,600 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# 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 5826117 | | GUZMAN YARA DILMER ORLEY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | carrera 54 # 64 a 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3122587172 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-01 | 2025-01 | 1251955774 | 9481500322 | I | 2025/02/06 | 2025/02/10 | BANCO DAVIVIENDA | 4 | $4,371,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $2,320,600 | $6,300 | $0 | $2,326,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $2,320,600 | $6,300 | $0 | $2,326,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $332,600 | $900 | $0 | $333,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $332,600 | $900 | $0 | $333,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,706,300 | $4,600 | $0 | $1,710,900 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $1,706,300 | $4,600 | $0 | $1,710,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$4,359,500** | **$11,800** | **$0** | **$4,371,300** |

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
4d37b3ea0f5a3dd2a9a76daf03cbff68218d2e03a5940e674c2c6d0e711902cca3f6e591b7b479b4e6f4dee0fbd462f1

**Número de Factura:** FV-151
**Fecha de Emisión:** 21/02/2025
**Fecha de Vencimiento:** 21/02/2025
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Transferencia Débito Bancaria
**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

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 2 | PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO PEDIATRA SUBRED SUR | NIU | 198,00 | $ 90.846,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 17.987.508,00 |

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|
| 1 | PERIODO DE COBRO DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2025 | |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
21/02/2025 16:03:47
**Documento validado por la DIAN:**
21/02/2025 16:03:48
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 17987508 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 17987508 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0 |
| **Total impuesto (=)** | | 0 |
| **Total neto factura (=)** | | 17987508 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 17987508 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 17.987.508,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 17.987.508,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 17.987.508,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 17.987.508,00 |

**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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 3272-2025-ENERO.pdf | 3272-2025-ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FAC ELECTRONICA FEBRERO.pdf | FAC ELECTRONICA FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >