

- 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 < Evalua

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 | | |
|---|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> CUENTA ENERO CTO 2966 DEL 21 AL 31.pdf | CUENTA ENERO CTO 2966 DEL 21 AL 31.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO CTO 2966 2025.pdf | CUENTA FEBRERO CTO 2966 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA MARZO CTO 2966 2025.pdf | CUENTA MARZO CTO 2966 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2966-2025 ABRIL 2025.pdf | CONTRATO 2966-2025 ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2966-2025 MAYO 2025.pdf | CONTRATO 2966-2025 MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2966-2025 JUNIO 2025.pdf | CONTRATO 2966-2025 JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO 2966-2025 JULIO 2025.pdf | CONTRATO 2966-2025 JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >



Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|---------------------------|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2025-08-12, 09:49:14 AM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | julio de 2025 |
| Periodo de Cotización Para Salud | julio de 2025 |
| Empresa | RAMIRO EDUARDO CONCHA |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 1032399443 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1074816686 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 1695633500 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 2.855.000 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|----------------|--------|--------------------------------|------------------|----------------|----------------------|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | \$ 1.519.700 | \$ 0 |
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | \$ 1.117.500 | \$ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | \$ 217.800 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 2.855.000 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 2.855.000 |

RAMIRO EDUARDO CONCHA BOLAÑOS

NIT: 1032399443-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo Persona: Natural

CR 69 # 47-50 TORRE 5APTO 704, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001

Tel. 3104537039

Regimen simple de tributacion reponsabilidad 047, servicio exento de iva ,
Favor abtenerse de realizar retencion de renta e ica

Autorización facturación electrónica No. 18764090299190 válida desde 2025-03-11 hasta 2027-03-11 rango desde FE51 hasta FE100.

| DATOS DEL CLIENTE | | FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA | |
|-------------------|---|------------------------------|---------------------------|
| NIT: | 900958564 | No. de Factura | FE53 |
| Razón Social: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E . UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN | Fecha Emisión | 12/08/2025 11:01:42-05:00 |
| Dirección: | CR 20 47B SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001 | Fecha Vencimiento | 31/08/2025 |
| Teléfono: | 7693131 | Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Email: | CPS.FACTURACIONELECTRONICA@SUBREDSUR.GOV.CO | Forma de Pago: | Crédito |
| | | Medio de Pago: | Consignación bancaria |
| | | Fecha de Pago: | 31/08/2025 |
| | | Total de Lineas | 1 |
| | | Fecha Firmado | 12/08/2025 11:01:47 |

| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Impuestos | | | Dcto. | Total | |
|----------|----------|--|-------|----------|-------------|-----------|----------|---------|------------------------|-----------------|-----------------|
| | | | | | | Nom. | % o Val. | Monto . | | | |
| 1 | 85121200 | Servicios de médicos especialistas PEDIATRIA | HUR | 246,00 | \$90.846,00 | | | | 0,00 | \$22.348.116,00 | |
| Impuesto | | | | | | | | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe | |
| | | | | | | | | | | Subtotal: | \$22.348.116,00 |
| | | | | | | | | | | Cargos: | \$0,00 |
| | | | | | | | | | | Descuento: | \$0,00 |
| | | | | | | | | | | Total: | \$22.348.116,00 |

| | |
|--------|------------------|
| Notas: | SERV SUB RED SUR |
|--------|------------------|

| | |
|------------------|---|
| Total con letra: | (VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO DIECISEIS PESOS) |
| CUFE: | d394041bbb27c03ff1576d04e73b25945435b19a6ded89d7f6101a5c6d297f77daf3732f5fdd968f672a9fca2acec47 |

Firma Digital: kh/i6oEhhZeTuE/JZ1519H64xZl6cGmKSy824n2xSrGUpXj/R3VVrIF+q+E8peRI

GKUmJZlApkYYOByrz3MlWcaR4b9vXETeAJArb6yL+c58lImCTK6

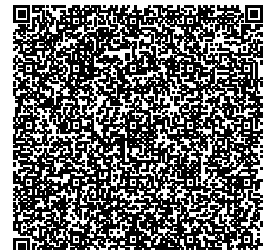
a/y/RpOlaZyUW TMbGtXn1z8ZYCSSdjtOWcnMd9dRlyerBjzXQObCka7FDGQNJkdv/KoOVhIETP aJWazwJrdAEsGDV7SvFvichS80KioufmgV

/LTXnp06aTmJrdTjJQQde8KkQ8K l57sutpKLwHgBshlF6HbPk+Iz4twNNbKkKWImOwWs5elChM/m2RWDr5yH4F0svqk zfgJHQGXbn3f44HwBVI

Ww==

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.





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

certifica que:

RAMIRO EDUARDO CONCHA BOLAÑOS

1032399443

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN 2025

Para constancia se expide:

2 de agosto de 2025

RAMIRO EDUARDO CONCHA BOLAÑOS

NIT: 1032399443-1

Régimen: No responsable de IVA

Tipo Persona: Natural

CR 69 # 47-50 TORRE 5APTO 704, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001

Tel. 3104537039

Regimen simple de tributacion reponsabilidad 047, servicio exento de iva ,
Favor abtenerse de realizar retencion de renta e ica

Autorización facturación electrónica No. válida desde hasta rango desde hasta .

| DATOS DEL CLIENTE | | NOTA CRÉDITO DE LA FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: | |
|-------------------|---|--|---------------------------|
| NIT: | 900958564 | No. de Factura | NTC9 |
| Razón Social: | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E . UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD MEISSEN | Fecha Emisión | 27/08/2025 12:33:50-05:00 |
| Dirección: | CR 20 47B SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 11001 | Fecha Vencimiento | 31/08/2025 |
| Teléfono: | 7693131 | Moneda | COP Colombia, Pesos |
| Email: | CPS.FACTURACIONELECTRONICA@SUBREDSUR.GOV.CO | Forma de Pago: | Crédito |
| | | Medio de Pago: | Consignación bancaria |
| | | Fecha de Pago: | 31/08/2025 |
| | | Total de Lineas | 1 |
| | | Fecha Firmado | 27/08/2025 12:33:54 |

| DOCUMENTOS RELACIONADOS | | | |
|-------------------------|---|-------|---------|
| No.: | FE53 | Tipo: | Factura |
| Fecha: | 12/08/2025 | | |
| CUFE / CUDE: | d394041bbb27c03ff1576d04e73b25945435b19a6ded89d7f6101a5c6d297f777daf3732f5dd968f672a9fca2acec47 | | |

| CONCEPTOS DE LA NOTA | |
|---|-------------|
| Código | Descripción |
| 1 - Devolución parcial de los bienes y/o no aceptación parcial del servicio | 12 HORAS |

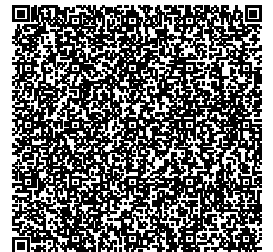
| # | Código | Descripción | U. M. | Cantidad | Precio U. | Nom. | % o Val. | Monto | Dcto. | Total | | |
|----------|----------|--|-------|----------|-------------|------|----------|-------|------------------------|----------------|------------|----------------|
| 1 | 85121200 | Servicios de médicos especialistas PEDIATRIA 12 HORAS (NO LAB) | HUR | 12,00 | \$90.846,00 | | | | 0,00 | \$1.090.152,00 | | |
| Impuesto | | | | | | | | Base | Tarifa / Valor Nominal | Importe | Subtotal: | \$1.090.152,00 |
| | | | | | | | | | | | Cargos: | \$0,00 |
| | | | | | | | | | | | Descuento: | \$0,00 |
| | | | | | | | | | | | Total: | \$1.090.152,00 |

| | |
|--------|--------------------------------------|
| Notas: | SERV SUB RED SUR DEVOLUCION 12 HORAS |
|--------|--------------------------------------|

| | |
|------------------|--|
| Total con letra: | (UN MILLON NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA Y DOS PESOS) |
| CUDE: | dd60f0d0a33686e6b0cb7a569ef148b9118d87e318a62fcf934b7ab632e90d09d79b0d44a4a17e84de5cb442b10c4275 |

Firma Digital: fh8+x5N+ofn7rPWMyo/Xe+VGM9y/CpEbbUNLQvSGBnbZdsqNi33lx/+JmbylBM
wJlEN4FC6EhL+O/attEexPOzC8K874g26evs8B07FLcPfdLu
mpPvLzIoU8aH/ R08cyQSFc8uUiaJXzBSoy+ TLOb7LeZPVkOe08WNTM6ri9ij2GKXDizOoxmM7Qcl pSgS5T6IGZkpDAEAXdA3zNhE8Rg1/Cefq9
1wVe9ixAZ4PA9JfKv9IYfb4Me uHNiQ3QwsmhJV2SHwbzDAtzuQ7vO7K71M2e2BIOw2/dhqmYSufUuKNVky3MbBa WjBkCLGepJq6PW+wO43m
rg==

Representación Gráfica de la Nota de Crédito Electrónica.



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

| | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2025-08-01 | Hasta: | 2025-08-31 |
| Nombre del Contratista: | RAMIRO EDUARDO CONCHA BOLAÑOS | | Número de Documento: | 1032399443 |
| Correo Electrónico: | ramiroco2010@gmail.com | | Número Telefónico: | 3104537039 |
| Nombre del Supervisor: | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | Cargo: | DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS | Código Grado: - |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|----|
| No. Contrato: | 2966-2025 | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 26 |
| Perfil: | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS MEISSEN | | | | |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| B05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS MEISSEN | 168 | 0 | 90846 | \$15262128 | 90.3% |
| I05ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 0 | 66 | 90846 | \$5995836 | 35.5% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 21257964 | VEINTIUN MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2025-01-21 | | | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-09-20 |
| No. Prorroga | Fecha Inicio | Fecha Terminación | No. Adición | Valor Adición | CDP |
| 1 | 2025-07-15 | NUL | 1 | \$ 13626900 | 26 |
| 2 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 2 | \$ 67044348 | 1314 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | | | Valor a Pagar | |
| 1 | ENERO | | | \$ 9811368 | |

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2025

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | |
|---|---|---|-------------------------|
| 2 | FEBRERO | \$ 19077660 | |
| 3 | MARZO | \$ 22348116 | |
| 4 | ABRIL | \$ 23983344 | |
| 5 | MAYO | \$ 24528420 | |
| 6 | JUNIO | \$ 24528420 | |
| 7 | JULIO | \$ 22348116 | |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS |
| \$ 135178848 | | \$ 215850096 | \$ 146625444 |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | | SALDO DEL CONTRATO | |
| \$ 135178848 | | \$ 69224652 | |
| 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. | Prestar los servicios en la Subred Sur como profesional especializado Medico Pediatra, de acuerdo a la normatividad vigente. - | Registro dinámica |
| 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. | -Informar mediante atención al paciente pediátrico y a los padres el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente. | -Historia clínica. |
| 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). | Se realiza atención al paciente de pediatría mediante atención de hospitalización, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar | -Historia clínica. |
| 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. | -Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. | -Historia clínica. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|--|--|----------------------|
| 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. | Identificación, valoración plan de manejo al paciente pediátrico. | -Historia clínica. |
| 6 | 6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente. | Articulación con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente pediátrico. | -Registro dinámica. |
| 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. | -Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, examen físico con evolución a los pacientes pediátricos. | -Historia clínica. |
| 8 | 8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento. | Brindar de manera oportuna , pertinente y veraz, información tanto a familiares , pacientes y autoridad competente durante el transcurso de las actividades , procedimientos, evolución diaria de pacientes. | -Historia clínica |
| 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 | -Cumplimiento al 100% de las actividades asignadas en el contrato, cumpliendo con los lineamientos establecidos de acuerdo a la normatividad vigente. Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria. -Historia clínica. | -Historia clínica. |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Demas actividades asignadas en el contrato. - | Historia clínica. |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | |
|---|-----------------------|---------------|----------------|---|---|-----------------------------|---|-------------------|
| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 22348116 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2025 | JULIO | 2025 | 08 | 12 | 1074816686 | FE53 - NTC9 | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | VEINTIDOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTODIECISEISPESOS | | | |
| Item | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 8939246 | \$ 1430279 | \$ 1519700 |
| Salud | | | | | SÁNTITAS | | \$ 1117406 | \$ 1117500 |
| ARL | | | | 3 | POSITIVA | | \$ 217760 | \$ 217800 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 2594348 | \$ 2855000 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | | Tipo de Cuenta | AHORROS | | Número de Cuenta | 85070006284 | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | USUARIO | | | FECHA | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | RAMIRO EDUARDO CONCHA BOLAÑOS | | | 2025-08-27 13:50:43 | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA | | | 2025-08-28 11:36:34 | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | | | 2025-08-31 22:32:31 | |

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS