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:**	2024-09-01	**Hasta:**	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	FRANCISCO GOMEZ HERNANDEZ		**Número de Documento:**	19291108	
Correo Electrónico:	Parmeny@gmail.com		**Número Telefónico:**	3153279902	
Nombre del Supervisor:	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	**Cargo:**	DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3019-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	480
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	150	0	127620	$19143000	80.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 19143000**	**DIECINUEVE MILLONES CIENTOCUARENTA Y TRES 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	$ 27693540	1016
2	2024-06-01	2024-08-31	2	$ 36754560	1553
3	2024-08-01	2024-09-15	3	$ 9826740	2136
4	2024-09-01	2024-09-30	4	$ 9571500	2136

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 22333500

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	MARZO	$ 19143000
3	ABRIL	$ 19143000
4	MAYO	$ 17611560
5	JUNIO	$ 18632520
6	JULIO	$ 21567780
7	AGOSTO	$ 17483940
8	SEPTIEMBRE	$ 19143000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 71211960	**$ 155058300**	**$ 155058300**	**$ 0**

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 (medico(a) especializado(a)) como medico radiologo, acorde con la Lex Artis, segùn 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 demàs normas concordantes.	Diagnosticar enfermedades y lesiones utilizando técnicas de imágenes diagnosticas a través de los rayos X, tomografía computada (TC) y ecografías como soporte a los médicos tratantes	Soporte del paciente del estudio leído en el aplicativo y registro en la Historia Clínica.
2	2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	Dar soporte cuando es requerido como apoyo al medico tratante, adherencia a los instructivos y protocolos de la Institución	Apoyar al medico tratante de acuerdo a las imágenes diagnosticas revisadas en conjunto
3	3). Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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 en la Historia Clínica Dinámica Gerencia del Informe de acuerdo al estudio realizado	Subir el resultado del estudio tomado en el aplicativo de Historia Clínica de la subred sur de las lecturas interpretadas y de las ecografía realizadas a cada paciente.
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	Registro en la Historia Clínica Dinámica Gerencia del Informe de acuerdo al estudio realizado	Subir el resultado del estudio tomado en el aplicativo de Historia Clínica de la subred sur de las lecturas interpretadas y de las ecografia realizadas a cada paciente.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5) Aportar los datos correspondientes que permitan la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud, oportunidad, calidad, pertinencia y adherencia	Ingreso al Secop ii con el usuario, para subir los documentos solicitados y que queden como soporte a mi contrato de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur. Subir los estudios realizados en los aplicativos de Dinámica Gerencial y Aquila.	Adherencia a los instructivos y protocolos de la Institución Adjuntar en el secop ii La certificaciones solicitadas , cumpliendo el objeto contractual del contrato MEDICO RADIOLOGO.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Realizar las capacitaciones asignadas por la Institución, para la adherencia a los instructivos y protocolos de la Institución.	Terminación de los cursos habilitados en la pagina de la Intranet de la Subred Sur, por la Plataforma de MAO, para el mes de septiembre de 2024, Para una correcta adherencia.
7	7). Apoyar el diagnostico mediante la interpretacion de las imagenes diagnosticas para el tratamiento medico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Adherencia a los instructivos de la Institución en las actividades realizadas diariamente	Realizar el informe de los estudios tomados con los lineamientos de la Institución y subirlos al aplicativo para el mes de septiembre de 2024
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	Realizar la certificación de acuerdo a lo estipulado en el contrato con adherencia, según los instructivos y protocolos de la Institución y subirlos al aplicativo Dinámica Gerencial y Aquila.	Realizar el informe de los estudios tomados con los lineamientos de la Institución revisarlos y subirlos al aplicativo para el mes de septiembre de 2024.
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- Verificación de los pacientes atendidos de acuerdo a la asignación de las citas y responder por el paciente que no fue atendido para evitar las glosas. Realización de Actividades en la Jornadas asignadas, con la revisión de los correctos por cada paciente. Nombres y apellidos Identificación Fecha de nacimiento estudio pertinente Vs solicitud del estudio Revisión de la transcripción para ser ingresada a la HC y PCS, Realizar devoluciones por el aplicativo AQUILA y realizar la lectura Aviso de Paciente Critico por las plataformas	Realizar el informe de los estudios leídos con los lineamientos de la Institución y subirlos en el aplicativo , para el mes de Agosto de 2024 Realización de actividades en las jornada septiembre de 2024. Notificación de Reporte de sucesos de Seguridad, para el mes de septiembre de 2024. Firma de recibido de los elementos de protección. Firma de las capacitaciones recibidas. Realizar la limpieza y desinfección de los elementos utilizados por cada paciente, para el mes de Agosto de 2024 Entrega de la certificación de acuerdo al cronograma de la Institución, para el mes de septiemrbe de 2024.

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**	$ 17483940
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7941633336	FE 152		
2025	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DIECISIETE MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTAPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 6993576	$ 1118972	**$ 1965100**
Salud		SÁNITAS		$ 874197	**$ 1444900**
ARL	5	SURA		$ 0	**$ 0**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 2029675**	**$ 3410000**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	6400637275

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FRANCISCO GOMEZ HERNANDEZ	2024-09-30 14:25:42
ACEPTADO SUPERVISIÓN	CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ	2024-09-30 14:45:17
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-09-30 16:48:06
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-10-11 10:38:37

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.



CLAUDIA PATRICIA MORA DIAZ
DIRETOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	19291108
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FRANCISCO GOMEZ HERNANDEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 71 C NO. 97 A - 24	TELÉFONO:	2712837
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7949155451**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024		
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/11/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1046092740		

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
								X								

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 2.050.200
SUBTOTAL:			1	**$ 2.050.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.507.500
SUBTOTAL:			1	**$ 1.507.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860007336	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 241.200
SUBTOTAL:			1	**$ 241.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 63.100
SUBTOTAL:			1	**$ 63.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 3.842.700**
VALOR MORA:	**$ 19.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 3.862.000**

Espacio para
Logo Corporativo

FRANCISCO GOMEZ HERNANDEZ
NIT 19.291.108-
CR 71 C 97 A 24
Tel: (031) 2712837
Bogotá - Colombia
Parmeny@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. FE 158

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
NIT	900.958.564-9	**Teléfono**	(601) 7300000 - Ext. 001
Dirección	CARRERA24 C 54 47 SUR	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	29/11/2024, 22:56
Expedición	29/11/2024, 22:56
Vencimiento	29/11/2024

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	HONORARIOS MEDICOS	150.00	19,143,000.00

Total items: 1

Total Bruto	19,143,000.00
Total a Pagar	19,143,000.00

Valor en Letras:
Diecinueve millones ciento cuarenta y tres mil pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 19,143,000.00

Observaciones:
HONORARIOS MEDICOS DE NOVIEMBRE DE 2024

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764077080430 aprobado en 20240813 prefijo FE desde el número 148 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 4
CUFE: 8a4882f7bb24ed33c9885186db328bdf0c2d50c90d751091dfba771f7321a088ddca3c7d1d24861417dc8303d12ece11

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14757702487

(415)7707212489984(8020) 000001475770248 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 2 9 1 1 0 8	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 2 9 1 1 0 8	1 9 7 6 1 1 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	HERNANDEZ	FRANCISCO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 71 C 97 A 24

42. Correo electrónico: parmeny@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 7 1 2 8 3 7	3 1 5 3 2 7 9 9 0 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 0 3 0 3 2 6						2 2 2 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	1	6	2	2	5	2																			

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
16- Obligación facturar por ingresos bienes
22- Obligado a cumplir deberes formales a
52 - Facturador electrónico

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 05 - 13 / 04 : 54: 15

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

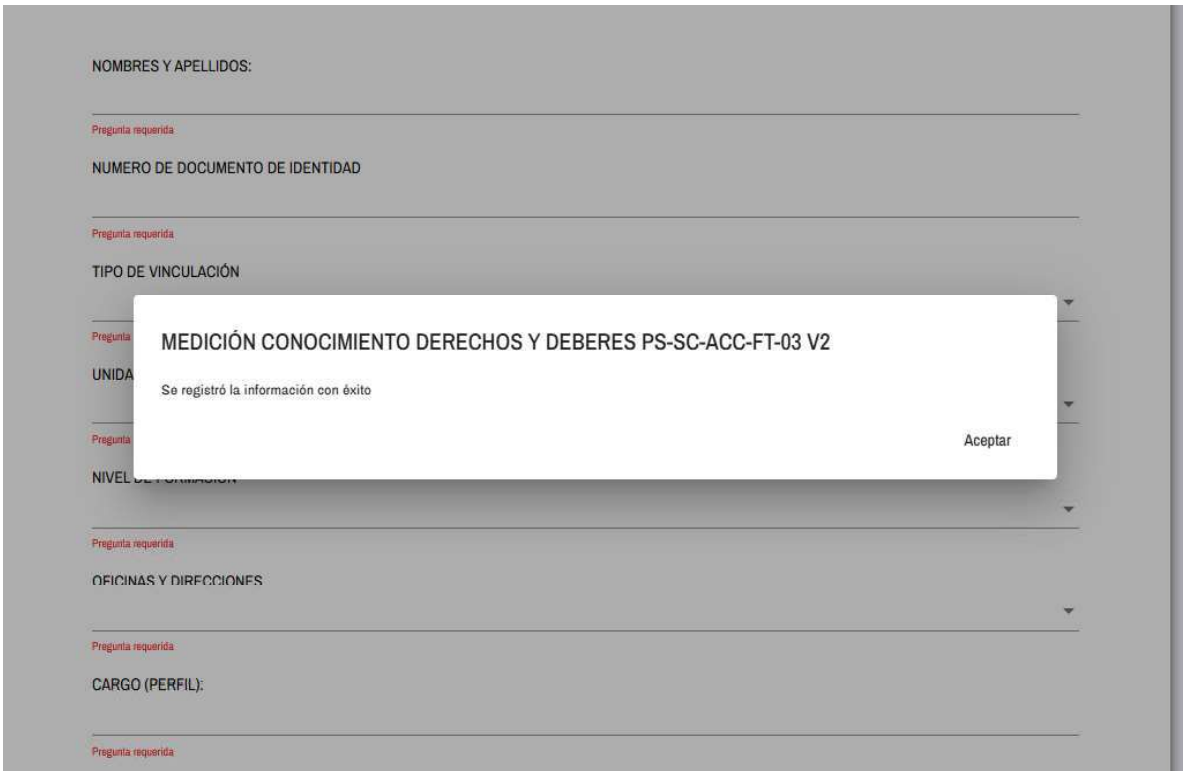
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

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

ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN - 2024

Gracias!

Anterior Guardar


NOMBRES Y APELLIDOS:
Pregunta requerida
NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Pregunta requerida
TIPO DE VINCULACIÓN
Pregunta
UNIDA
Pregunta
NIVEL
Pregunta requerida
OFICINAS Y DIRECCIONES
Pregunta requerida
CARGO (PERFIL):
Pregunta requerida
MEDICIÓN CONOCIMIENTO DERECHOS Y DEBERES PS-SC-ACC-FT-03 V2
Se registró la información con éxito
Aceptar