

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-12-01	<b>Hasta:</b>	2025-12-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	LEONARDO CAMACHO CRUZ		<b>Número de Documento:</b>	1022945287
<b>Correo Electrónico:</b>	leonardocc88@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3203098812
<b>Nombre del Supervisor:</b>	JHON EDISON PARRA MANCIPE	<b>Cargo:</b>	MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO INTENSIVO	<b>Código Grado:</b> -

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3789-2025	<b>Año Contrato:</b>	2025	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	26
<b>Perfil:</b>	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS TUNAL				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	96	6	90383	\$9219066	106.3%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 9219066</b>	<b>NUEVE MILLONES DOSCIENTOS DIECINUEVE MIL SESENTA Y SEIS PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-21			<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-09-20
<b>No. Prorroga</b>	<b>Fecha Inicio</b>	<b>Fecha Terminación</b>	<b>No. Adición</b>	<b>Valor Adición</b>	<b>CDP</b>
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 19522728	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 4338384	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	\$ 8134470	1956
4	2025-12-11		4	\$ 7140257	2122
5	2025-12-11		5	\$ 7140257	2122
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>			<b>Valor a Pagar</b>	

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

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ENERO	\$ 4338384
2	FEBRERO	\$ 6507576
3	MARZO	\$ 10845960
4	ABRIL	\$ 9761364
5	MAYO	\$ 8676768
6	JUNIO	\$ 8676768
7	JULIO	\$ 9761364
8	AGOSTO	\$ 8676768
9	SEPTIEMBRE	\$ 8676768
10	OCTUBRE	\$ 8134470
11	NOVIEMBRE	\$ 10845960
12	DICIEMBRE	\$ 9219066

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 69414144	\$ 115690240	\$ 104121216	\$ 11569024

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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Brindar atención medica a pacientes de la SUBRED SUR con principios de calidad, oportunidad y pertinencia de acuerdo a su condición de salud. Realizar valoración de ingreso y de seguimiento hasta su egreso. .	-Registros en dinámica gerencial hospitalaria
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.	-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.	-Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Generar registros en la historia clinica 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 realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya).	-Registros en dinámica gerencial hospitalaria.

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

www.subredsur.gov.co  
Teléfono 7300000 Ext 26017  
© Siasur - 2026

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
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 entrega de información a familiares explicando de manera clara y en lenguaje entendible para el paciente y/o familiar. Encaminada a promover hábitos saludables.	-Registros en dinámica gerencial hospitalaria.
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 trabajo permanente elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, 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	-Participación académica enfocada en la investigación e innovación. Registro en Historia clínica de dinámica gerencial hospitalaria. Intranet y gestión documental.
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Actividades realizadas en pro de la atención integral, humanizada y comprometida con nuestros usuarios, familiares y comunidad que acuda a la subred integrada de servicios de salud sur.	-Aplicación de modelos de atención integrados en salud al individuo, familia y comunidad de la subred sur.
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.	-Realizar acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Registro en Historia clínica de dinámica gerencial hospitalaria. Solicitud de valoraciones e interconsultas con equipos interdisciplinarios
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Valorar diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso.	-Realizar notificaciones a servicios pertinentes a través de dinámica general hospitalaria para continuar cuidando de nuestros pacientes.
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.	-Entrega de información de pacientes a familiares en la Subred Sur E.S.E., con el fin de facilitar el contacto familiar, fortalecer su proceso de rehabilitación, cuidado, asistencia y la posterior integración social del paciente a su familia y la comunidad.	-Atención humanizada a nuestros visitantes, familiares y pacientes.
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales

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	\$ 10845960
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	NOVIEMBRE	2025	12	10	92263754	FE 346		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIEZ MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 4338384	\$ 694141	\$ 2234200
Salud					SÁNTITAS		\$ 542298	\$ 1642700
ARL				3	SURA		\$ 105683	\$ 320200
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 1259085</b>	<b>\$ 4197100</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	8400690643	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO	FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CRUZ LEONARDO CAMACHO	2025-12-15 18:07:16		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CRUZ LEONARDO CAMACHO	2025-12-15 23:21:29		
RECHAZADO SUPERVISOR					JHON EDISON PARRA MANCIPE	2025-12-17 11:00:32		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					CRUZ LEONARDO CAMACHO	2025-12-17 11:16:38		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JHON EDISON PARRA MANCIPE	2025-12-18 11:14:26		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-18 17:06:00		
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	2026-01-08 16:10:30		

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.



**JHON EDISON PARRA MANCIPE**  
**MEDICO ESPECIALISTA - MEDICINA CRITICA Y CUIDADO**  
**INTENSIVO**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022945287	LEONARDO CAMACHO CRUZ		CARRERA 14 135A 41 SUR	6636028	leonardocc88@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92263754	\$4.197.100	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

### TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	1.642.700	0		0		0	0	0	0	1.642.700	1

### TOTALES PENSION

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	2.102.600	0	0	65.800	65.800	0	0	0	2.234.200	1

### TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	320.200				320.200	0	0	320.200			3.202	320.200	1

### TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

### TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.642.700	1.642.700
Pensión	1	2.234.200	2.234.200
Riesgos Laborales	1	320.200	320.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>4.197.100</b>	<b>4.197.100</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022945287	LEONARDO CAMACHO CRUZ		CARRERA 14 135A 41 SUR	6636028	leonardoc88@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92263754	\$4.197.100		

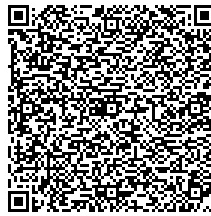
**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna especial	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022945287	CAMACHO CRUZ LEONARDO	59	0		N																		230301	13.141.000	2.102.600	0	0	65.800	65.800	EPS005	13.141.000	1.642.700	14-11	13.141.000	3	320.200		0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



**Leonardo Camacho Cruz**  
NIT 1.022.945.287-  
Carrera 14 135 A 41 sur  
Tel: (031) 6636028  
Bogotá - Colombia  
leonardocc88@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
**No. FE 346**

<b>Señores</b>	Sub Red Integrada de servicios de salud Sur		
<b>NIT</b>	900.958.564-9	<b>Teléfono</b>	(031) 7300000
<b>Dirección</b>	Carrera 20 No 47B 35	<b>Ciudad</b>	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
<b>Generación</b>	16/12/2025, 14:37
<b>Expedición</b>	16/12/2025, 14:37
<b>Vencimiento</b>	16/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Honorarios profesionales como medico internista por contrato de prestación de servicios	102.00	9,219,066.00

**Total ítems:** 1

**Valor en Letras:**

Nueve millones doscientos diecinueve mil sesenta y seis pesos m/cte

**Forma de pago:**

Contado

**Medio de pago:**

Consignación bancaria - Consignación \$ 9,219,066.00

**Observaciones:**

Consignacion a cuenta de ahorros Davivienda No 008400690643

<b>Total Bruto</b>	9,219,066.00
<b>Total a Pagar</b>	<b>9,219,066.00</b>

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 18764103130729 aprobado en 20251214 prefijo FE desde el número 345 al 350 Vigencia: 6 Meses**

- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa

**CUFE:** 094288d7d71f6c53581d62d40105a94575899683cd31b92bafa466426a2ee98cfdbd6d06c1f4af3296c48f2f529fc0df



- 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 Contr...
- 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		
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ENERO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ENERO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MARZO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARZO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO ABRIL 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MAYO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO JULIO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO JULIO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 CTO 3789-2025.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025 CTO 3789-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >