

**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>                | 2026-03-01    | <b>Hasta:</b>               | 2026-03-31             |        |
| <b>Nombre del Contratista:</b> | JAIME FRANCISCO RINCON DURAN |               | <b>Número de Documento:</b> | 79520958               |        |
| <b>Correo Electrónico:</b>     | jaime.rincon8@hotmail.com    |               | <b>Número Telefónico:</b>   | 3114748980             |        |
| <b>Nombre del Supervisor:</b>  | JOSEF KLING GOMEZ            | <b>Cargo:</b> | MEDICO ESPECIALISTA         | <b>Código - Grado:</b> | 213-32 |

**DATOS DEL CONTRATO**

|                                      |                                       |                      |      |                              |     |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| <b>No. Contrato:</b>                 | 2643-2026                             | <b>Año Contrato:</b> | 2026 | <b>CDP Contrato Inicial:</b> | 294 |
| <b>Perfil:</b>                       | MÉDICO ESPECIALISTA - CIRUGÍA GENERAL |                      |      |                              |     |
| <b>Dirección a la que Pertenece:</b> | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS  |                      |      |                              |     |
| <b>Unidad de Servicios:</b>          | USS MEISSEN                           |                      |      |                              |     |

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

| Centro de Costos                    | Dirección                            | Unidad  | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total      | Procentaje(%) Centro de Costos |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---|--------------|--------------------------|------------|------------|--------------------------------|
| C01ME                               | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN   | 126          | 0                        | 93094      | \$11729844 | 84%                            |
| A23TNCP                             | DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS  | CAPS TUNAL  | 18           | 0                        | 93094      | \$1675692  | 12%                            |
| <b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b> | <b>\$ 13405536</b>                   | <b>TRECE MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS</b> |              |                          |            |            |                                |

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

|  |                            |  |            |
|--|----------------------------|--|------------|
| <b>Fecha de Inicio del Contrato</b>        | 2026-02-01                 | <b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b> | 2026-06-30 |
| <b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b> | <b>Mes Cuenta de Cobro</b> | <b>Valor a Pagar</b>                             |            |
| 1  | FEBRERO                    | \$ 11729844                                      |            |
| 2  | MARZO                      | \$ 13405536                                      |            |

|                                   |                                 |                         |                           |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| <b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b> | <b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b> | <b>PAGOS REALIZADOS</b> | <b>SALDO DEL CONTRATO</b> |
| \$ 69820500                       | \$ 69820500                     | \$ 25135380             | \$ 44685120               |

|   | <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>                      |
|---|---|--|--|
| 1 | 1.Desarrollar actividades propias del perfil de Médico(a) Especialista en Cirugía General, conforme a la lex artis y al objeto contractual, orientadas a la prestación de servicios médico-quirúrgicos especializados en las áreas definidas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., de acuerdo con los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.          | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA  | -HISTORIA CLINICA                                |
| 2 | 2. Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a los usuarios, sus familias y cuidadores, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, conforme a los lineamientos técnicos propios de la especialidad.   | -PRESENTA INFORMES Y REPORTES  | -INFORMES Y REPORTES                             |
| 3 | 3. Registrar de manera veraz, completa, legible, secuencial y oportuna la información correspondiente al acto médico, en la historia clínica y en los registros definidos por la entidad, garantizando integralidad, racionalidad científica y cumplimiento de los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y las normas que regulan la materia, incluidas la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y aquellas que las modifiquen, adicione o sustituyan. | -VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO                           | -HISTORIA CLINICA                                |
| 4 | 4. Aportar técnicamente a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos clínicos y quirúrgicos, propios del ejercicio de la cirugía general, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, registros en MIPRES, estadísticas vitales y demás soportes que resulten procedentes, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad y seguridad del paciente.  | -PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGIA REALIZAR ACTUALIZACION DE GUIAS Y PROTOCOLOS | -GUIAS Y PROTOCOLOS                              |
| 5 | 5. Contribuir a los procesos de identificación, caracterización, inscripción, manejo clínico, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información requerida para la trazabilidad de indicadores clínicos y de resultados en salud.  | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO                      | -HISTORIA CLINICA                                |
| 6 | 6. Articular acciones clínicas con los equipos misionales y multidisciplinarios, con el fin de aportar al manejo integral del paciente, de conformidad con la normatividad legal vigente, los estándares de calidad en salud y los lineamientos institucionales aplicables.   | - PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO                                      | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO |

|    | <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> |
|----|--|---|-----------------------------|
| 7  | 7. Realizar la valoración clínica especializada, emitir diagnósticos y definir planes de manejo y tratamiento médico-quirúrgico, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente, incluyendo la atención quirúrgica, hospitalaria y/o el seguimiento ambulatorio, según la naturaleza del servicio especializado prestado. | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO                                  | - HISTORIA CLINICA          |
| 8  | 8. Brindar información clara, suficiente y oportuna al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, según corresponda, sobre la evolución clínica, riesgos, posibles complicaciones y decisiones relevantes asociadas al proceso de atención en salud.                                      | -COMUNICACIÓN ASERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES                                 | - HISTORIA CLINICA          |
| 9  | 9. Desarrollar las actividades asistenciales especializadas conforme a los productos, volúmenes o resultados definidos contractualmente, de acuerdo con los lineamientos técnicos, los acuerdos vigentes con los pagadores y la capacidad instalada de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.              | -CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO                 | - INFORMES Y REPORTES       |
| 10 | 10. Ejecutar las demás actividades propias del perfil profesional especializado, directamente relacionadas con el objeto contractual y orientadas al fortalecimiento de la prestación de los servicios de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.   | -PRESENTAR INFORMES Y REPORTES  | -INFORMES Y REPORTES        |

| 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 | \$ 11729844       |
| AÑO  | MES                   | AÑO           | MES            | DÍA     |  |                            |  |                   |
| 2026   | FEBRERO               | 2026          | 03             | 11      | 6007037902   | J 234                      |  |                   |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras  |                       |               |                |         | ONCE MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS |                            |  |                   |
| Item   |                       |               |                |         | Entidades Aportantes a Seguridad Social                                      | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado    |
| Pensionado   |                       |               |                | NO      | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES                          | \$ 4691938                 | \$ 750710  | \$ 2210000        |
| Salud  |                       |               |                |         | ALIANSALUD   |                            | \$ 586492  | \$ 1625000        |
| ARL  |                       |               |                | 3       | SURA   |                            | \$ 114296  | \$ 316700         |
| Caja de Compensación   |                       |               |                | NO      |  | <b>Total</b>               | <b>\$ 1361694</b>                                | <b>\$ 4151700</b> |
| INFORMACIÓN DE PAGO  |                       |               |                |         |  |                            |  |                   |
| Entidad Bancaria   | BANCO DAVIVIENDA S.A. |               | Tipo de Cuenta | AHORROS |  | Número de Cuenta           | 3800090940                                       |                   |
| HISTÓRICO  |                       |               |                |         |  |                            |  |                   |
| OBSERVACIÓN  |                       |               |                |         | USUARIO  |                            | FECHA  |                   |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES  |                       |               |                |         | JAIME FRANCISCO RINCON DURAN   |                            | 2026-03-19 10:17:26                              |                   |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN   |                       |               |                |         | JOSEPH KLING GOMEZ   |                            | 2026-03-20 15:06:27                              |                   |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN  |                       |               |                |         | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO   |                            | 2026-03-21 20:46:58                              |                   |
| 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   |                            | 2026-04-13 16:08:21                              |                   |

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.



**JOSEF KLING GOMEZ**  
**MEDICO ESPECIALISTA**

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

[www.subredsur.gov.co](http://www.subredsur.gov.co)

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|   |                                       |                           |                           |
|---|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:  | CÉDULA DE CIUDADANÍA                  | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79520958                  |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:  | JAIME FRANCISCO RINCON DURAN          |                           |                           |
| CIUDAD/MUNICIPIO:   | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |                           |
| DIRECCIÓN:  | CARRERA 6 151-79 APTO 1002            | TELÉFONO:                 | 8143351                   |
| 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:         | <b>6007037902</b> | TIPO DE PLANILLA:    | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN       | MES: febrero      | PERIODO COTIZACIÓN   | MES: febrero     |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2026         | SALUD:               | AÑO: 2026        |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |                  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/03/11        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 132227301        |

**NOVEDADES**

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

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|  |  |  | TOTALES    |              |
|--|--|--|------------|--------------|
|  |  |  | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

**PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA   |        |                    |          |                     |
|------------------|--------|--------------------|----------|---------------------|
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE             |          |                     |
| 9003360047       | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1        | \$ 2.210.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                    | <b>1</b> | <b>\$ 2.210.000</b> |

**SALUD**

| ADMINISTRADORA   |        |                    |          |                     |
|------------------|--------|--------------------|----------|---------------------|
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE             |          |                     |
| 8002514406       | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1        | \$ 1.625.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                    | <b>1</b> | <b>\$ 1.625.000</b> |

**RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA   |        |                  |          |                   |
|------------------|--------|------------------|----------|-------------------|
| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE           |          |                   |
| 8909037905       | 14-11  | 14-11 - ARL SURA | 1        | \$ 316.700        |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                  | <b>1</b> | <b>\$ 316.700</b> |

|                        |                     |
|------------------------|---------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 4.151.700</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>         |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 4.151.700</b> |

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

### Datos guardados

| Descripción   | Nombre del archivo           | Cargado por |   |
|---|------------------------------|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> CUENTA 2643-2026 FEBRERO.pdf | CUENTA 2643-2026 FEBRERO.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



**JAIME FRANCISCO RINCON DURAN**  
 NIT 79.520.958-9  
 CR 6 151 79 AP 1002  
 Tel: (031) 6457669  
 Bogotá - Colombia  
 jaime.rincon8@hotmail.com



Factura electrónica de venta  
**No. J 234**

|                  |  |                 |                   |
|------------------|--|-----------------|-------------------|
| <b>Señores</b>   | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE |                 |                   |
| <b>NIT</b>       | 900.958.564-9                                  | <b>Teléfono</b> | (031) 7300000     |
| <b>Dirección</b> | CR 20 47 B 35 SUR                              | <b>Ciudad</b>   | Bogotá - Colombia |

| Fecha y hora Factura |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>Generación</b>    | 18/03/2026, 11:16 |
| <b>Expedición</b>    | 18/03/2026, 16:43 |
| <b>Vencimiento</b>   | 18/03/2026        |

| Ítem | Descripción  | Cantidad | Vr. Unitario | Vr. Total     |
|------|--|----------|--------------|---------------|
| 1    | Servicios profesionales prestados como Cirujano General mes de marzo 2026<br>Contrato: 2643-2026 | 144.00   | 93,094.00    | 13,405,536.00 |

**Total items: 1**

|                      |               |
|----------------------|---------------|
| <b>Total Bruto</b>   | 13,405,536.00 |
| <b>Total a Pagar</b> | 13,405,536.00 |

**Valor en Letras:** Trece millones cuatrocientos cinco mil quinientos treinta y seis pesos m/cte

**Forma de pago:**  
Contado

**Medio de pago:**  
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 13,405,536.00

**Observaciones:**

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 18764101882062 aprobado en 20251120 prefijo J desde el número 221 al 500 Vigencia: 6 Meses**  
 No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66  
**CUFE:** 920338f16fe24c008180dd8b31a83614871e4a0547edb1a9749c6563ebb3ecc4b54caabd2f060f1e3797041dfd97de11





DEPARTAMENTO  
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO  
CIVIL DISTRITAL



Iniciar Sesión

**MEDICIÓN DISTRICTAL de  
CLIMA LABORAL  
Y AMBIENTE ORGANIZACIONAL 2026**

Sabías que la *Medición Distrital de Clima Laboral y Ambiente Organizacional 2026* se realiza en el marco del **Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Camina Segura**, y constituye un insumo técnico fundamental para orientar decisiones institucionales.

Realiza la encuesta entre el  
**2 DE MARZO AL 29 DE MAYO DE 2026** >

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO  
DEL SERVICIO CIVIL DISTRITAL

Esta medición está habilitada únicamente para servidores públicos y colaboradores que tengan registrada una **vinculación** o **contrato vigente** en [SIDEAP](#).

Para iniciar, ingrese su número de cédula en el siguiente campo:

Ingrese su número de documento de identidad

79520958

Validar

El número de documento # **79520958** no tiene una vinculación o contrato vigente registrado en SIDEAP, por lo tanto no puede participar en esta medición.



**Dirección:** Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia

**Teléfono:** (+57) 601 3680038

**E-mail:** bienestar@serviciocivil.gov.co