

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31	
Nombre del Contratista:	JAIME ADELFO ARIAS GUATIBONZA		Número de Documento:	91231148	
Correo Electrónico:	jaimeariasg@hotmail.com		Número Telefónico:	3102938121	
Nombre del Supervisor:	JOSEF KLING GOMEZ	Cargo:	MEDICO ESPECIALISTA	Código - Grado:	213-32

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2789-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - NEUROCIRUGÍA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
I20NETN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	102	0	100708	\$10272216	78.5%
A29TNCP	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	CAPS TUNAL	26	0	100708	\$2618408	20%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 12890624	DOCE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL SEISCIENTOS VEINTICUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 13494872	
2	MARZO	\$ 14703368	
3	ABRIL	\$ 13494872	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

§ 65460200		§ 65460200	§ 41693112	§ 23767088
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Desarrollar servicios profesionales especializados en Neurocirugía, aplicando su conocimiento científico y experiencia clínica conforme a la Lex Artis, a 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, en atención a los requerimientos asistenciales definidos por LA SUBRED SUR ESE.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGÍA	-HISTORIA CLÍNICA	
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud neurológica, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al paciente, su familia y/o cuidadores, de acuerdo con su criterio profesional.	-PRESENTA INFORMES Y REPORTES	- INFORMES Y REPORTES	
3	3. Registrar de manera autónoma, oportuna y responsable la información derivada del acto médico y/o quirúrgico en la historia clínica, garantizando veracidad, claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLÍNICA	
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del área de neurocirugía, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, informes de estadísticas vitales y herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO EN CIRUGÍA REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE GUÍAS Y PROTOCOLOS	-GUÍAS Y PROTOCOLOS	
5	5. Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de usuarios en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y sanitarios.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- HISTORIA CLÍNICA	
6	6. Actuaciones articulares profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTES AL JEFE INMEDIATO	- INFORMES Y REPORTE	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR ESE, incluyendo su manejo quirúrgico y/o seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-VALORAR EVOLUCIONAR Y PRESCRIBIR A LOS PACIENTES A SU CARGO	- HISTORIA CLÍNICA
8	8. Comunicar de manera oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instalado.	-COMUNICACIÓN ASERTIVA CON FAMILIARES Y PACIENTES	-HISTORIA CLÍNICA
9	9. Entregar los productos y resultados del servicio especializado derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción previamente acordadas en el contrato, conforme a los lineamientos pactados entre los pagadores y LA SUBRED SUR ESE, sin que ello implique subordinación laboral.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES QUE SEAN ASIGNADAS SEGÚN EL SERVICIO	- INFORMES Y REPORTE
10	10. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, que resulten necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR ESE, en el marco de su autonomía técnica y profesional.	-PRESENTAR INFORMES Y REPORTE	- INFORMES Y REPORTE

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	\$ 13494872
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	ABRIL	2026	05	04	78441325	FV FE-1154		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRECE MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 5397949	\$ 863672	\$ 3200000
Salud					FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA MIN SALUD		\$ 674744	\$ 2500000
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 131494	\$ 208800
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1566593	\$ 5908800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	7160026063	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JAIME ADELFO ARIAS GUATIBONZA		2026-05-23 07:15:43	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JOSEPH KLING GOMEZ		2026-05-25 19:12:15	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2026-05-31 00:13:09	

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

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
ff05f6327b7408d56a182d98d768f01c6af0d99ce952b34892ab075005082992b7321f416adbd35d1c1efd4010e7b8ed

Número de Factura: FE-1154 Forma de pago: Contado
Fecha de Emisión: 22/05/2026 Medio de Pago: Efectivo
Fecha de Vencimiento: 30/05/2026 Orden de pedido:
Tipo de Operación: 10 - Estándar Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: ARIAS GUATIBONZA JAIME ANDELFO
Nombre Comercial: ARIAS GUATIBONZA JAIME ANDELFO
Nit del Emisor: 91231148 País: Colombia
Tipo de Contribuyente: Persona Natural Departamento: Bogotá
Régimen Fiscal: R-99-PN Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica Dirección: CR 53 104 B 48 AP 605 ED ALICANTE
Actividad Económica: 8621 Teléfono / Móvil: 3209670044
Correo: Jaimearias@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
Tipo de Documento: NIT País: Colombia
Número Documento: 900958564 Departamento: Bogotá
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Régimen fiscal: R-99-PN Dirección: CR 20 No 47B - 35 SUR
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica Teléfono / Móvil:
Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	85121614	Servicios de especialista N eurocirugía	NIU	128,00	\$ 100.708,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12.890.624,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 22/05/2026 17:52:19
Documento validado por la DIAN:
 22/05/2026 17:52:19
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	12890624
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12890624
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	12890624
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP \$	\$ 12890624

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	12.890.624,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12.890.624,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12.890.624,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP \$	\$ 12.890.624,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764073161103 Rango desde: 1101 Rango hasta: 1200 Vigencia: 2026-06-18

piDE3xAzKy



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

JAIME ADELFO ARIAS GUATIBONZA

91231148

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

22 de mayo de 2026



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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



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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	CTO 2789-2026 CTA FEBRERO TUNAL ARIAS.pdf	CTO 2789-2026 CTA FEBRERO TUNAL ARIAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	Sideap HOJA DE VIDA JAIME ARIAS.pdf	Sideap HOJA DE VIDA JAIME ARIAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3.3 Diploma Especialista.pdf	3.3 Diploma Especialista.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 2789-2026 CTA MARZO TUNAL ARIAS.pdf	CTO 2789-2026 CTA MARZO TUNAL ARIAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CTO 2789-2026 CTA ABRIL TUNAL ARIAS.pdf	CTO 2789-2026 CTA ABRIL TUNAL ARIAS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle



Evaluación de la Entidad Estatal

