

**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:	CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ		Número de Documento:	1140846045
Correo Electrónico:	carlos.t.a.r.s@hotmail.com		Número Telefónico:	3174004160
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2570-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - MEDICINA INTERNA				
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
106TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	138	0	93500	\$12903000	92%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 12903000	DOCE MILLONES NOVECIENTOS TRES MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	FEBRERO	\$ 13464000	
2	MARZO	\$ 14025000	
3	ABRIL	\$ 13464000	
4	MAYO	\$ 12903000	

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

\$ 70125000		\$ 70125000	\$ 53856000	\$ 16269000
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Ejecutar servicios profesionales especializados en Medicina Interna, 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 E.S.E.	-Las actividades las realizo como MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA en la unidad de urgencias .	-Historia Clinica	
2	2. Desarrollar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, de acuerdo con su criterio profesional.	-Se realizo atención al paciente mediante consulta médica o atención de servicios de urgencias, 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 Clinica	
3	3. Registrar de manera autónoma, oportuna y responsable la información derivada del acto médico 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.	-Diligencio correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.	-Historia Clinica	
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos del área de medicina interna, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, reportes de estadísticas vitales y herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Se realizo la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes, con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.	-Historia Clinica	
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.	-Informo mediante atención al paciente 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 Clinica	
6	6. Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral y segura del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-Se realizo la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.	-Historia Clinica	

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 E.S.E., incluyendo su seguimiento ambulatorio y/o hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-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
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 instaurado.	-Informe de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	-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 E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	-Informe de acuerdo al estado de salud del paciente a familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente.	-Historia Clínica
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 E.S.E., en el marco de su autonomía técnica y profesional.	-Las demás actividades cumpliero el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Historia Clínica

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	\$ 13464000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82558739	FE-35		
2026	ABRIL	2026	05	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRECE MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 5385600	\$ 861696	\$ 1388400
Salud					EPS SURA		\$ 673200	\$ 1020800
ARL				3	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		\$ 131193	\$ 199000
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1563009	\$ 2608200
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	125226795	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ			2026-05-23 22:12:35	
ACEPTADO SUPERVISIÓN				HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN			2026-05-26 17:50:24	
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA			2026-05-30 23:53:42	
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			2026-06-12 07:02:36	

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.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1140846045	CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ	cra 68d 40 53 sur	8580000	carlos.l.a.r.s@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82588739	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.608.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	1.020.800	0	0	0	0	0	0	0	0	1.020.800	1

TOTALES PENSIÓN												
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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	199.000	0	0	199.000	0	0	199.000	199.000	0	1.900	199.000	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.020.800	1.020.800
Pensión	1	1.388.400	1.388.400
Riesgos Laborales	1	199.000	199.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.608.200	2.608.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1140846045	CARLOS HUMBERTO CACERES PEREZ	cra 68d 40 53 sur	8580000	carlos.l.a.r.s@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		82588739	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$2.608.200	

DETALLE POR COTIZANTE																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Comunidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	Discapacidad	
1	CC 1140846045	CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO	59	0																																	

PAGADA

**FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA****Representación Gráfica****Datos del Documento**

Código Único de Factura - CUFE :
1d44d2e1a02e0eb8f6d05ab8ad6f82311b743d2a339275f489166ca671a1da7793acd7bfb1b4fcb7957eb342ee4756
Número de Factura: FE-35 Forma de pago: Crédito
Fecha de Emisión: 11/05/2026 Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Vencimiento: 31/05/2026 Orden de pedido:
Tipo de Operación: 10 - Estándar Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO
Nombre Comercial: CACERES PEREZ CARLOS HUMBERTO
NIT del Emisor: 1140846045 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 78 D 4053 SUR
Actividad Económica: 8621 Teléfono / Móvil: 3174004160
Correo: cacerespch@gmail.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: O-13 Dirección: CR 20 47 B 35 SUR
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica Teléfono / Móvil: 7300000
Correo: facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Detalles de Productos

No.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	11	CONTRATO 2570 2026 CUYO OBJETO ES PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL EN LAS AREAS ASIGNADAS POR LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR E.S.E.	HUR	138,00	\$ 93,500,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 12,003,000,00

Notas Finales

Línea de negocio: CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 2026

Datos Totales



Documento generado el:
11/05/2026 23:03:06
Documento validado por la
DIAN:
11/05/2026 23:03:07
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
NI:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	12903000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12903000
IVA	0,00
INC	0,00
Bobas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	12903000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ 12903000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	12,903,000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	12,903,000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bobas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	12,903,000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ 12,903,000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764087169069 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2027-01-14

- 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

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/> CUENTA FEBRERO - CTO N. 2570 - 2026.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2570 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA MARZO - CTO N. 2570 - 2026.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 2570 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA SÍDEAP.pdf	HOJA DE VIDA SÍDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DIPLOMA ESPECIALISTA.pdf	DIPLOMA ESPECIALISTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ACTA DE GRADO ESPECIALISTA.pdf	ACTA DE GRADO ESPECIALISTA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA ABRIL - CTO N. 2570 - 2026.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 2570 - 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados