

**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 IVAN MENESES VARGAS | | Número de Documento: | 7215898 | |
| Correo Electrónico: | cimenesesv@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3102278554 | |
| Nombre del Supervisor: | JOSEF KLING GOMEZ | Cargo: | MEDICO ESPECIALISTA | Código - Grado: | 213-32 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 2642-2026 | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 294 |
| Perfil: | MÉDICO ESPECIALISTA - CIRUGÍA GENERAL | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| Unidad de Servicios: | 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 | 120 | 0 | 93094 | \$11171280 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 11171280 | ONCE MILLONES CIENTOSETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|--|----------------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2026-01-31 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | FEBRERO | \$ 11729844 | |
| 2 | MARZO | \$ 11729844 | |
| 3 | ABRIL | \$ 12288408 | |
| 4 | MAYO | \$ 11171280 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 55856400 | \$ 55856400 | \$ 46919376 | \$ 8937024 |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|--|--|-----------------------------|
| 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, adicionen 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 |

| | 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 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 de Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 12288408 | |
|---|-------|---------------|-----|-----|---|----------------------------|--|-------------------|-------------------|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | | |
| 2026 | ABRIL | 2026 | 05 | 04 | 1081753673 | FVE51 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOCE MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS OCHOPESOS | | | | |
| Ítem | | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado | |
| Pensionado | | | | | SI | - | | \$ 786458 | \$ 0 |
| Salud | | | | | EPS SÁNTITAS | \$ 4915363 | \$ 614420 | \$ 925000 | |
| ARL | | | | | 3 | | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A. | \$ 119738 | \$ 180300 |
| Caja de Compensación | | | | | NO | | Total | \$ 1426536 | \$ 1105300 |

INFORMACIÓN DE PAGO

| | | | | | |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------|-------------------------|------------|
| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870189638 |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|---------|-------------------------|------------|

HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|--|----------------------------------|---------------------|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CARLOS IVAN MENESES VARGAS | 2026-05-22 17:50:25 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JOSEPH KLING GOMEZ | 2026-05-25 15:32:07 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2026-05-29 11:17:54 |
| 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 | 2026-06-11 14:37:37 |

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.



**JOSEF KLING GOMEZ
MEDICO ESPECIALISTA**



Información de la Planilla Pagada

| | |
|--|--|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2026-05-04, 07:40:49 PM en horario extendido |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | abril de 2026 |
| Periodo de Cotización Para Salud | abril de 2026 |
| Empresa | CARLOS IVAN MENESES VARGAS |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 7215898 |
| Código Sucursal (Nombre) | () |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1081753673 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 280072998 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | \$ 1.149.700 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|-----------------------|--------|---|------------------|----------------|----------------------|
| N800251440 | EPS005 | SANITAS EPS | 1 | \$ 925.000 | \$ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | \$ 180.300 | \$ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | \$ 44.400 | \$ 0 |
| SubTotales: | | | | \$ 1.149.700 | \$ 0 |
| Total a Pagar: | | | | | \$ 1.149.700 |





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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"/> PS 2642 2026..pdf | PS 2642 2026..pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> PS 2642 2026.pdf | PS 2642 2026.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 2642-2026 FEBRERO.pdf | CUENTA 2642-2026 FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 2642-2026 ENERO.pdf (Archivado) | CUENTA 2642-2026 ENERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> Título especialización.pdf | Título especialización.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf | FORMATO DE HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 2642-2026 MARZO.pdf | CUENTA 2642-2026 MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA 2642-2026 ABRIL.pdf | CUENTA 2642-2026 ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

CARLOS IVAN MENSES VARGAS

NIT 7215898 - 6

Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764075380978 del 19/07/2024 al 19/07/2026
Habilita numeración de:
FVE-1 al FVE-500

AV 19 131 A 30 AP 304 ET 3

Régimen: Impuesto sobre las ventas - IVA

Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia

Responsabilidad fiscal:
O-47 Régimen simple de tributación

| | | | |
|---|---------------------|--|-----------|
| REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION FAVOR NO APLICAR R-FTE NI R-ICA | | Factura Electronica de Venta No. FVE51 Fecha de emisión: 06/05/2026 10:29:55 AM Fecha de validación DIAN: 06/05/2026 10:30:46 AM Fecha de vencimiento: 06/05/2026 Plazo (Días): 0 Codigo de Moneda: COP Tasa de Cambio Orden de Compra Remisión Pedido Asesor Aviso de Recibo | |
| Ciudad: | Bogotá, D.C | Código Cliente: | 900958564 |
| Dirección: | CARRERA 20 42SUR 47 | Teléfono: | 7300000 |
| Dirección Despacho: | | País: | Colombia |
| Contacto: | | | |
| Ciudad: | Bogotá, D.C | | |
| Departamento: | Bogotá | | |
| País: | Colombia | | |

| Item | Referencia | Descripción | Cant. | Unidad de Medida | Precio Unitario | Cargos y Descuentos | Impuestos | Rte Fte | Valor Total |
|------|------------|------------------------------|--------|------------------|-----------------|---------------------|-----------|---------|-------------------|
| 1 | SERV2 | SERVICIOS DE HOSPITALIZACION | 120,00 | unidad | COP 93,094.00 | COP 0.00 | | | COP 11,171,280.00 |

| |
|---|
| Total de items: 1 |
| Observaciones: SERVICIOS DE HOSPITALIZACION DE MAYO DE 2026. |
| Forma de pago: Contado |
| Medio de pago: Transferencia Crédito |
| CONSIGNAR EN LA CTA AHO DAVIVIENDA NO 0570004870189638 A NOMNBRE DE CARLOS MENESES |

| | |
|------------------|-------------------|
| Subtotal: | COP 11,171,280.00 |
|------------------|-------------------|

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| Impuestos: | COP 0.00 |
| Retenciones: | COP 0.00 |
| Cargos de la factura: | COP 0.00 |
| Descuentos de la factura: | COP 0.00 |
| Anticipos: | COP 0.00 |
| Total | COP 11,171,280.00 |
| Neto a pagar | COP 11,171,280.00 |

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFÉ mediante lectura de este código bidimensional:

CUFÉ 27b95791231eb179e4e6d3494487ec3d9facdf60ad7dd399462b9b10230df236346e56041d6b128b7ec0c8b4b5f99f38



f6tqefrG3h



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

CARLOS IVAN MENESES VARGAS

7215898

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

20 de mayo de 2026

Actuaciones de Oficio

1529

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario: 15291139540912



(415)7707212489984(8020) 001529113954091 2

Datos del contribuyente

| | | | | | | |
|------------------------------|---|------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| 20. Tipo de documento 3 1 | 18. Número de identificación 7 2 1 5 8 9 8 | 6. DV 6 | 7. Primer apellido MENESES | 8. Segundo apellido VARGAS | 9. Primer nombre CARLOS | 10. Otros nombres IVAN |
|------------------------------|---|------------|-------------------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------|

11. Razón social

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

Cód.
3 2

24. Tipo de actuación
Actualización de oficio

Cód.
2 3

25. Motivo
Actualización RUT de Oficio por Inconsistencias

COPIA ACTUACION OFICIO

Firma funcionario autorizado:

| | |
|----------------------|--|
| 984. Nombre | OJEDA PEDRAZA ELBA MATILDE |
| 985. Cargo | Inspector II |
| 989. Dependencia | 617 GRUPO INTERNO DE TRABAJO DE SERVICIO AL CIUDADANO - CENTRO |
| 990. Lugar admittivo | 32 Impuestos de Bogotá |
| 991. Organización | U.A.E. DIRECCION DE IMPUESTOS Y ADUANAS NACIONALES |
| 992. Area | 260 DIVISION DE SERVICIO AL CIUDADANO |

997. Fecha expedición: 2 0 2 5 - 0 7 - 0 8 / 0 7 : 0 7 : 0 7

2. Concepto 23 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141189975180



[415]7707212489984(8020) 000014118997518 0

| | | | |
|---|------------|---|------------------------------|
| 5. Número de identificación Tributaria (NIT) 7 2 1 5 8 9 8 | 6. DV 6 | 12. Dirección seccional Impuesto de Bogotá | 14. Buzón electrónico 3 2 |
|---|------------|---|------------------------------|

IDENTIFICACIÓN

| | | |
|--|---|---|
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía | 26. Número de identificación 7 2 1 5 8 9 8 |
| Lugar de expedición COLOMBIA | 28. País 1 6 9 | 29. Departamento Boyacá |
| 31. Primer apellido MENESES | 32. Segundo apellido VARGAS | 33. Primer nombre CARLOS |
| 35. Razón social | 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
| 30. Ciudad/Municipio Duitama | 34. Otros nombres IVAN | 2 3 8 |

UBICACIÓN

| | | |
|---|--|--------------------------------------|
| 38. País COLOMBIA | 39. Departamento Bogotá D.C. | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. |
| 41. Dirección principal AV 19 131 A 30 AP 304 ET 3 | 42. Correo electrónico cimenesesv@hotmail.com | 43. Código postal 1 1 0 1 2 1 |
| 44. Teléfono 1 6 0 1 8 1 1 6 7 7 4 | 45. Teléfono 2 3 1 0 2 2 7 8 5 5 4 | |

CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|-----------------------|---|----------------------|----------------------------|-------------------|-----------------------------|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | |
| 46. Código 8 6 2 1 | 47. Fecha inicio actividad 1 9 8 9 0 3 0 1 | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código 2 2 2 1 |
| | | | | | 52. Número establecimientos |

Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | | |
|-----------------------|--|-----------------------------|
| 53. Código 4 7 5 2 | 47 - Régimen Simple de Tributación - SIM | 52 - Facturador electrónico |
|-----------------------|--|-----------------------------|

Usuarios aduaneros

| | | | | | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | 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 <input type="checkbox"/> | NO <input checked="" type="checkbox"/> | 60. No. de Folios: | 0 |
|------------|-----------------------------|--|--------------------|---|

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 1.6.1.2.8 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 OJEDA PEDRAZA ELBA MATILDE
985. Cargo Inspector II