

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA		Número de Documento:	51578058	
Correo Electrónico:	gloriasnavas@gmail.com		Número Telefónico:	3158563076	
Nombre del Supervisor:	JOSEF KLING GOMEZ	Cargo:	MEDICO ESPECIALISTA	Código - Grado:	213-32

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2706-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - ANESTESIOLOGÍA				
Dirección a la que Pertenecce:	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
I20ESTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	90	0	119000	\$10710000	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 10710000	DIEZ MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-02		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 22848000	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 10710000	
2		MARZO		\$ 10710000	
3		ABRIL		\$ 10710000	
4		MAYO		\$ 10710000	
5		JUNIO		\$ 10710000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 57120000		\$ 79968000		\$ 53550000	\$ 26418000
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 Anestesiología, aplicando su criterio técnico-científico y experiencia profesional conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.		Prestación de servicios de perfil médico especializado acorde con la lex artis		Historia Clínica y Registro de Anestesia
2	2. Ejecutar 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, en el marco de las intervenciones propias del ejercicio anestesiológico.		Informar, educar y comunicar sobre acciones de prevención de enfermedades y autocuidado de la salud		Historia Clínica y Formatos de registro de actividades
3	3. Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información correspondiente al acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.		Registrar en la Historia clínica y el formato de registro de anestesia toda la información del acto medico con los criterios definidos por el código de ética medica, el ministerio de salud y protección social y otros entes competentes		Historia clínica y formato de registro de anestesia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos relacionados con la práctica anestesiológica, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	Participar activamente en la elaboración, actualización y diligenciamiento de formatos, protocolos, guía, consentimientos, incluyendo el formulario MIPRES	Formatos, protocolos, guías, consentimientos, formularios MIPRES y actas de reuniones
5	5. Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo perioperatorio, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.	Diligenciar los formatos de registro de atención en salud que permitan identificar, caracterizar, inscripción, manejo, seguimiento y canalización de pacientes y enfermedades de los mismos	Formatos de registro de atención en salud
6	6. Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	Interactuar con los diferentes actores misionales de la SUBRED SUR ESE en procura de una atención y cuidado integral del paciente	Historia Clínica y Actas de reuniones
7	7. Realizar la valoración preanestésica, el manejo anestésico y el seguimiento postanestésico, de acuerdo con el estado clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso o remisión, conforme a su criterio médico especializado.	Valorar, Diagnosticar y llevar a cabo el tratamiento de los pacientes que consultan al SUBRED SUR ESE	Historia Clínica y Formatos de registro de Anestesia
8	8. Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al procedimiento anestésico.	Dar información, oportuna, clara y veraz, al familiar, acudiente, representante o entidad custodia, sobre el diagnóstico, evolución, riesgo y complicaciones del cuadro clínico del paciente	Historia Clínica y Formato de registro de Anestesia
9	9. Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente y los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral.	Dar Cumplimiento a 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 SUBRED SUR E.S.E	Informes de Actividades Realizadas
10	10. Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo en todo momento su autonomía técnica y científica.	Realizar y participar en actividades que fortalezcan los propósitos misionales de la SUBRED SUR E.S.E	Actas de actividades y reuniones

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		\$ 10710000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87364316	GSNG-400			
2026	MAYO	2026	06	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DIEZ MILLONES SETECIENTOS DIEZ MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 4284000	\$ 685440	\$ 720000	
Salud					COMPENSAR EPS		\$ 535500	\$ 562500	
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 104358	\$ 109700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 1243302	\$ 1392200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	001660001668		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					GLORIA STELLA NAVAS GARCIA			2026-06-23 16:13:51	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					JOSEPH KLING GOMEZ			2026-06-25 18:59:58	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA			2026-07-02 09:46:38	
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			2026-07-14 15:00:57	

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
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
a873000c84c476bc15d75f4bcaa931cff5617ae4065333267b7eb4bc178db64e42c0094196bca317a7b9db48d8c59b65

Número de Factura: GSNG-400

Fecha de Emisión: 22/06/2026

Fecha de Vencimiento: 30/06/2026

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Consignación bancaria

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: NAVAS GARCIA GLORIA STELLA

Nombre Comercial: NAVAS GARCIA GLORIA STELLA

Nit del Emisor: 51578058

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal:O-23

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CR 22 127 D 80 AP 503 BRR LA CALLEJA

Teléfono / Móvil: 4727952

Correo: gloriasnavas@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 9009585649

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: O-23

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Dirección: CARRERA 20 #47B - 35 SUR

Teléfono / Móvil: 7428585

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	85101501	SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS	HUR	90,00	\$ 119.000,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 10.710.000,00

Notas Finales

HONORARIOS POR PRESTACION DE SERVICIOS COMO ANESTESIOLOGA DURANTE EL PERIODO DEL 1 AL 30 DE JUNIO DE 2025

Línea de negocio: SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS

Datos Totales



Documento generado el:
22/06/2026 08:54:35
Documento validado por la
DIAN:
22/06/2026 08:54:36
XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	10710000
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10710000
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	10710000
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 10710000

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	10.710.000,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	10.710.000,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	10.710.000,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 10.710.000,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

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

Numero de Autorización: 18764105184921 Rango desde: 386 Rango hasta: 500 Vigencia: 2026-07-29

Información básica de la planilla

Empresa:	GLORIA STELLA NAVAS GARCIA	NIT:	51578058
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2026
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2026
Número de Radicación:	87364316	Total a pagar:	\$1,392,200
Fecha de vencimiento:	16/06/2026	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	16/06/2026	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	394308816
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$109,700
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$720,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$562,500
						\$1,392,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.