

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-08-01	Hasta:	2026-08-31
Nombre del Contratista:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA		Número de Documento:	17956572
Correo Electrónico:	jompeza@yahoo.es		Número Telefónico:	3134198045
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2699-2026	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 VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
I06VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS VISTA HERMOSA	114	0	93500	\$10659000	71.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 10659000	DIEZ MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01			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	\$ 29920000	1296
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 11220000	
2	MARZO			\$ 13464000	
3	ABRIL			\$ 14025000	
4	MAYO			\$ 15147000	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 11781000	
6	JULIO	\$ 14025000	
7	AGOSTO	\$ 10659000	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 74800000		\$ 104720000	\$ 90321000
			\$ 14399000
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 ESE.	-Dentro de la consulta o revista médica se realiza suministra información y socialización de los cuidados que debe tener tanto el paciente como su entorno familiar.	-Historia clínica sistematizada
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.	-Diligenciamiento total de la historia clínica con los datos de la atención dada al paciente.	-Historia clínica sistematizada
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.	-Colaboración activa en la elaboración, revisión de los protocolos, guías, procedimientos de medicina institucionales, adhiriendome a los mismos y garantizando las normas de bioseguridad universale	-Colaboración activa en la elaboración, revisión de los protocolos, guías, procedimientos de medicina institucionales, adhiriendome a los mismos y garantizando las normas de bioseguridad universale
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, informes de estadísticas vitales y herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-Apoyo en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-pacientes identificados y caracterizados.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-Acompañamiento y trabajo interdisciplinario con el equipo asistencial prestando un servicio que satisfaga al usuario según su diagnóstico.	-Historia clínica sistematizada
6	6. Actuaciones articulares 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.	-De acuerdo a mi perfil diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por parte del paciente, a fin de mejorar el estado de salud del paciente.	-Historia clínica sistematizada
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 seguimiento ambulatorio y/o hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.	-Dar información oportuna, veraz y concisa en términos de fácil entendimiento para los familiares y/o acudientes de los pacientes.	-Atención centrada en el usuario y en forma humanizada.
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.	-Dar información oportuna, veraz y concisa en términos de fácil entendimiento para los familiares y/o acudientes de los pacientes.	--Atención centrada en el usuario y en forma humanizada.
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 los turnos y agendas programadas de acuerdo a la programación enviada por el líder del proceso dando una atención humanizada.	-Historia clínica sistematizada
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.	-Acompañar a la institución en las diferentes actividades que se realizan al interior de la misma para el bienestar del paciente.	-Acompañar a la institución en las diferentes actividades que se realizan al interior de la misma para el bienestar del paciente.

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		\$ 14025000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	94257637	JP261			
2026	JULIO	2026	08	12					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CATORCE MILLONES VEINTICINCO MIL PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 5610000	\$ 897600	\$ 897600
Salud						EPS SÁNTITAS		\$ 701250	\$ 701300
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 136660	\$ 136700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 1628134	\$ 1735600

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta de	0570005570192160

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOSE MIGUEL PERALTA	2026-08-26 10:31:20
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-08-28 12:47:23
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-08-31 14:48:26
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	2026-09-15 10:24:56

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	17956572	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA		Carrera 72C 22A 24 apto 516 torre03	3134198045	jompeza@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94257637	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$1.735.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	701.300	0		0		0	0	0	0	701.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	897.600	0	0	0	0	0	0		897.600	1

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	136.700				136.700	0	0	136.700			1.367	136.700	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	701.300	701.300
Pensión	1	897.600	897.600
Riesgos Laborales	1	136.700	136.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.735.600	1.735.600

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94257637	12/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	\$0	\$1.735.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subsido	Extensión	Columna anterior	Excedente	IVA	TIC	TAB	TIP	TAP	VSP	VST	SENA	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0		N																	25-14	5.610.000	30	897.600	0	0	0	0	EPS005	5.610.000	30	701.300	14-11	5.610.000	30	3	136.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA

NIT: 17956572 - 6

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

Dirección: CL 54 4 35 AP 503, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3005739213

Email. jompeza@yahoo.es

Autorización factura electrónica de venta No: 18764109472661 válida desde 2026-05-06 hasta 2026-11-06 rango desde JP245 hasta JP300

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

NIT: 900958564

Dirección: carrera 20 # 47B -35 sur, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110111

Teléfono: 7300000

Email: contactenos@subredsur.gov.co

Forma de pago: Contado

Medio de pago: Consignación bancaria

Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: JP261

MONEDA: COP Peso colombiano

HORA EMISIÓN: 10:26:38

FECHA FIRMADO: 26/08/2026 10:26:39

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DÍA	MES	AÑO
26	08	2026

DÍA	MES	AÑO
30	08	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	valor horas especialista	HUR	114,00	\$93.500,00				\$0,00	\$10.659.000,00

Notas: Prestación de servicios de salud como medico internista

SON: (diez millones seiscientos cincuenta y nueve mil pesos con cero centavos)

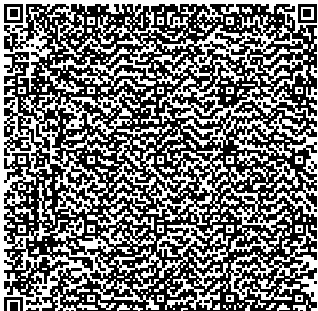
CUFE: 063ab7e978bdacebcf9864ec798255e404183588404f002827851e7e6b65a138d41433f6de95af9f1ba162bcc41f7c24

Subtotal:	\$10.659.000,00
Cargos:	\$0,00
Descuentos:	\$0,00
Total:	\$10.659.000,00

Firma Digital: e+BbUvjbltsyHMnn9NXFaD6UUTk+XVulo97wjPd6ttz4I8VZ6wNGc85P+MB8yVIW
P9jvrxFLD852856bel9vkUv9+rgYjtNEkgenkJa2klCxbZBE5eYBXuqgaEIDY9aF
qdBvL91xEaZ2ETcazwBhzjS+/cF1s8pa71nVYsBwr2BlpSpzk7LpzZPQ8cGm73cF
rwVNrACG2R8Tk3XYWDU61GKZb0FFYXpMMYzi8M6QMm6Gr5WOAuVKr+OZkcBuB+om
z0oN/Y9AhurhJBhioXmCDNtlqGiBPk2tvnNKJ3TWQR4KBNGJsXR3WcByoFd2K1/U
sIIRUyEuT0CJCPIByBAKhA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura Electrónica de Venta..



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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	Cuenta de cobro Febrero 2699-2026.pdf	Cuenta de cobro Febrero 2699-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Marzo 2699-2026.pdf	Cuenta de cobro Marzo 2699-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Abril 2699-2026.pdf	Cuenta de cobro Abril 2699-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Mayo 2699-2026.pdf	Cuenta de cobro Mayo 2699-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Junio 2699-2026.pdf	Cuenta de cobro Junio 2699-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de cobro Julio 2699-2026.pdf	Cuenta de cobro Julio 2699-2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
				<div>Borrar</div>	<div>Cargar nuevo</div>

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >