

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-02-01	Hasta:	2026-02-28	
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	Procetaje(%) Centro de Costos
I06VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS VISTA HERMOSA	120	0	93500	\$11220000	75%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 11220000	ONCE MILLONES DOSCIENTOS VEINTE 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	\$ 11220000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 74800000	\$ 74800000	\$ 11220000	\$ 63580000

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 universales.	-protocolos, guías, procedimientos, mipses
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.
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 DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570005570192160
HISTÓRICO					
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			JOSE MIGUEL PERALTA		2026-02-23 08:04:47
ACEPTADO SUPERVISIÓN			HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2026-02-25 15:50:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN			ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-02-27 11:05:18
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		2026-03-11 11:43:29

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							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	46626597	\$1.677.800	

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	677.900	0		0		0	0	0	0	677.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	867.700	0	0	0	0	0	0		867.700	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	132.200				132.200	0	0	132.200			1.322	132.200	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	677.900	677.900
Pensión	1	867.700	867.700
Riesgos Laborales	1	132.200	132.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.677.800	1.677.800

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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2026-01	2026-01	I	05/02/2026	46626597	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.677.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0		N																	230201	5.423.000	867.700	0	0		0	0	EPS005	5.423.000	677.900	14-11	5.423.000	3	132.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
NIT: 17956572-6
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 54 4 35 AP 503, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3005739213
Email. jompeza@yahoo.es
Autorización factura electrónica de venta No. 18764101074356 válida desde 2025-11-04 hasta 2026-05-04 rango desde JP222 hasta JP300.

Nombre o Razón

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

Social:

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

Fecha de Pago:

28/02/2026

Total de Lineas:

1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :

JP236

MONEDA:

COP Colombia, Pesos

HORA EMISIÓN:

04:56:53-05:00

FECHA FIRMADO:

23/02/2026 04:56:55

FECHA DE EMISIÓN

FECHA DE VENCIMIENTO

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
23	02	2026	28	02	2026

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	1	valor horas especialista	HUR	120,00	\$93.500,00				0,00	\$11.220.000,00

<div>Notas: Prestacion de servicios como medico internista</div> <div>SON: (once millones doscientos veinte mil pesos)</div> <div>CUFE: 331b8594aceeeae6f96e24240cdac990a17bdc6c0f0f7656e3066743c8ff11bf3e2884c218ed0dfd686cc272550906463</div>	Subtotal:	\$11.220.000,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
	Total:	\$11.220.000,00

Firma Digital: JLB4RCyc46A0wxBSAb4ynnURgq3fXT/YEt12iA2lhm3bhwPr+pGa72T3A+Cwk4q
Q5p+L7zpBfbJ9LKEK2sfWIE9EC6PBC71XfeHVzmUQ+PDh5AzKJ
aekSGEmBS/zAgE +cEjco9bXu7dSg9DFg2rPHfyT7Fv6RJTCG+0Klq8UoraZO1axgHskc1GcZbg17q HOB/yhUwvNOHQggleqY+u2X2MP33/rLkmOE
/l63sbMyx5JUqFmKGuOA+EtPHpsvi udv7Zh3CtXpNCd5OajW8Je0emg+eS09v9V8XuLxdBlrn6BaHg75PDMNKj/7EzsQy 1489Zsu7eNYkqP3HC/Yz
VQ==

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 de Venta Electrónica.



