

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	15/05/2025	86613354	\$931.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	375.000	0		0		0	6	1.500	0	376.500	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	9003360-04-7	480.000	0	0	0	0	6	1.900	0	481.900	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	73.100				73.100	6	300	73.400			731	73.400	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	6	0	0	0
ICBF				
0	6	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	375.000	376.500
Pensión	1	480.000	481.900
Riesgos Laborales	1	73.100	73.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	928.100	931.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51972030	JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL		calle 53 a sur # 29 - 86	6012704259	judgam01@hotmail.com
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
2025-04	2025-04	I	15/05/2025	86613354	\$931.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	51972030	GAMEZ VILLAMIL JUDY YAMILE	59	0		N																		25-14	3.000.000	480.000	0	0	0	0	EPS008	3.000.000	375.000	14-11	3.000.000	3	73.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

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 Contr...
- 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		
☐	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO 2184-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES ENERO 2184-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES feb 2184-2025.pdf.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES feb 2184-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO 2184-2025.pdf	INFORME DE ACTIVIDADES MARZO 2184-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle



INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL
2184-2025.pdf.pdf

INFORME DE ACTIVIDADES ABRIL
2184-2025.pdf.pdf

Proveedor

[Descargar](#)

[Detalle](#)

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-05-01	Hasta:	2025-05-31	
Nombre del Contratista:	JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL		Número de Documento:	51972030	
Correo Electrónico:	judgam01@hotmail.com		Número Telefónico:	3165212093	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2184-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Perteneces:	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	186	24	21230	\$4458300	115.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4458300	CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-11	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 3566640	
2	FEBRERO	\$ 3821400	
3	MARZO	\$ 4203540	
4	ABRIL	\$ 4330920	
5	MAYO	\$ 4458300	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 30840136		\$ 30840136	\$ 20380800	\$ 10459336
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1). Prestar servicios de perfil Enfermero(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-Cumplir con las actividades programadas, realizando actividades de cuidado , escalas y plan de cuidado de acuerdo a la patología del paciente encaminados a la recuperación de la salud y determinar riesgos.	-Historia clinica	
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Brindar educación sobre actividades de cuidado con plan de acuerdo a la patología del paciente, informar acerca de la importancia de l autocuidado, toma de medicación ordenada y controles para hacer seguimiento a su evolución, generando conciencia de la importancia como individuo que hace parte de un entorno social y familiar.	-Historia clinica	
3	3). Registrar en la Historia Clínica toda la información del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermería, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	-Ejecutar tratamiento incluyendo administración de medicamentos por las diferentes vías, de acuerdo a la necesidad de cada individuo, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorios según normas y protocolos establecidos, registrando dentro de la plataforma de dinámica de forma oportuna. Llenar en físico los soportes de consentimientos informados , Kardex , fichas de medicamentos, y posterior ubicación en las carpetas para archivos médicos.	-LISTAS DE CHEQUEO, HISTORIAS CLINICAS . CONSENTIMIENTOS	
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Llenar de forma oportuna los inventarios, consentimientos, disentimientos,	-LISTAS DE CHEQUEO	
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución.	-Administrar de forma oportuna los medicamentos teniendo en cuenta los 11 correctos, con sus respectivos registros.	-HISTORIA CLINICA	
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	-Desde su ingreso a la institución identificar riesgos de caída, riesgo de lesión, fuga, alergias para identificar con la respectiva manilla, brindando educación al individuo y familia acerca da la importancia del acompañamiento en caso de requerirlo. Identificar población de riesgo para hacer seguimiento y direccionar de forma oportuna en las diferentes rutas de atención y consultorio dinamizador.	-HISTORIA CLINICA , USO DE MANILLAS	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	-Realizar trabajo en conjunto con diferentes áreas , para dar de manera integral el manejo según al necesidad del paciente	-HISTORIA CLINICA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-Correcto diligenciamiento diario de planillas e inventario mensual de carro de paro, haciendo respectivas actas para que de forma oportuna se repongan insumos que no se encuentren disponibles dentro de la unidad.	-ACTAS LISTAS DE CHEQUEO LISTAS DE INVENTARIOS
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya.	-Supervisión constate de personal asignado al área , teniendo en cuenta las funciones asignadas.	-LISTA DE CHEQUEO DE DESINFECCIONES FIRMA DE FORMATOS REPORTE DE PERSONAL
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Verificar existencias de insumos para que se brinde una atención adecuada y de calidad al usuario y su familia. Comunicación efectiva con el área de farmacia con el fin de revisar existencias de acuerdo al nivel de complejidad de la unidad	-VERIFICANDO EXISTENCIAS DIARIAS

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		\$ 4330920
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	86613354	-			
2025	ABRIL	2025	05	15					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1732368	\$ 277179	\$ 481900	
Salud					COMPENSAR		\$ 216546	\$ 376500	
ARL				3	SURA		\$ 42200	\$ 73400	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 502768	\$ 931800	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO CORPBANCA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	18072102	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL			2025-05-24 21:55:59	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN			2025-05-24 22:08:24	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA			2025-05-27 16:04:53	

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