

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	YULL FREDDY SOLER PEÑA		Número de Documento:	19489258	
Correo Electrónico:	yullsp@hotmail.com		Número Telefónico:	3043785070	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2964-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
B05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS MEISSEN	186	18	90846	\$18532584	109.7%
I05ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	54	90846	\$4905684	29%
A26ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MEISSEN	0	12	90846	\$1090152	6.5%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 24528420	VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-20
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-07-15	NUL	1	\$ 19077660	26
2	2025-08-11	2025-10-31	2	\$ 73585260	1314
3	2025-10-20	2025-11-30	3	\$ 23438268	1767

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	\$ 10356444
2	FEBRERO	\$ 21803040
3	MARZO	\$ 23983344
4	ABRIL	\$ 24528420
5	MAYO	\$ 24528420
6	JUNIO	\$ 24528420
7	JULIO	\$ 24528420
8	AGOSTO	\$ 23438268
9	SEPTIEMBRE	\$ 24528420
10	OCTUBRE	\$ 24528420

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 135178848	\$ 251280036	\$ 226751616	\$ 24528420

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1) Prestar servicios de perfil Médico(a) Especializado(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.	-Las actividades las realizo como MEDICO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA en los servicios de Hospitalización y Urgencias en la unidad de Meissen .	-Historia Clinica
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.	-Valoración y seguimiento a paciente pediátrico en hospitalización, Se brinda información de autocuidado al familiar hasta el egreso del paciente y se realiza el control ambulatorio de pediatría por consulta externa, Prestación de servicios profesionales de acuerdo a los procesos y procedimientos desarrollados durante la ejecución de las actividades programadas por la subred sur, archivadas en la historia clínica sistematizada, exámen físico con evolución a los pacientes pediátricos.	-Historia Clinica

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas 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 (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Diligencie correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.	-Historia Clínica
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Diligenciamiento de formatos de acuerdo a la normatividad vigente. "Cumplir con los Protocolos, Guías, Manuales de Procesos y Procedimientos, Manuales Institucionales y los de Normatividad vigente Diligenciamiento de historia clínica, formulando el diagnóstico y plan de manejo " Valoración y manejo de pacientes pediátricos en las distintas unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur.	-Historia Clínica
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Informar mediante atención al paciente pediátrico y a los padres el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión (dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.	-Historia Clínica
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Articulación con el equipo misional, plan de manejo y tratamiento con el paciente pediátrico que se encuentra en la UCI pediátrica.	-Historia Clínica
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Desarrollo de actividades médicas asistenciales de forma pertinente, propias de las especialidades con estándares de calidad y seguridad dentro del desarrollo institucional de acuerdo a la programación de actividades de manera autónoma, consignadas en la historia clínica.	-Historia Clínica
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-Brindar de manera oportuna, pertinente y veraz, información tanto a familiares, pacientes y autoridad competente durante el transcurso de las actividades, procedimientos, evolución diaria de pacientes.	-Historia Clínica
9	9). Cumplir 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 LA SUBRED SUR E.S.E	-Se cumple con las actividades pactadas en las obligaciones del contrato firmado con la Subred Sur y siguiendo los lineamientos establecidos y coordinados con el supervisor del contrato.	-Historia Clínica
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato.	-Historia Clínica

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	90729652	FE-51		
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	21				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					VEINTICUATRO MILLONES QUINIENTOS VEINTIOCHO MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				SI	PENSIONADO	\$ 9811368	\$ 1569819	\$ 0
Salud					FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA MIN SALUD		\$ 1226421	\$ 1441700
ARL				3	SURA		\$ 239005	\$ 281100
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 2847455	\$ 1722800
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	4870190578	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SOLER PEÑA YULL FREDDY		2025-10-25 16:16:05		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SOLER PEÑA YULL FREDDY		2025-10-27 07:43:54		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA		2025-10-27 08:04:01		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-10-27 21:27:33		
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		2025-11-18 12:40:33		

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2025

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19489258	YULL FREDDY SOLER PEÑA	Calle 22 A # 52 79 apto 215	7005635	yullsp@hotmail.com	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	21/10/2025	90729652	\$1.722.800	

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					
MIN002	MIN002 Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	1.436.400	0		0		0	6	5.300	0	1.441.700	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	

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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	280.000				280.000	6	1.100	281.100		2.800	281.100	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	1.436.400	1.441.700
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	280.000	281.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	1.716.400	1.722.800

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
f378c1f9ce713186824864fe94318c5fe5a4845c995213454fa8716f980f258a5cc8e7b1dff816c015413ca43d7b4f7a
Número de Factura: FE-51
Fecha de Emisión: 21/10/2025
Fecha de Vencimiento: 31/10/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SOLER PEÑA YULL FREDDY
Nombre Comercial: SOLER PEÑA YULL FREDDY
Nit del Emisor: 19489258
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 22 A 52 79 AP 215
Teléfono / Móvil: 3043785070
Correo: yullsp@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900958564
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CRA 20 47B 43 53
Teléfono / Móvil: 7300000
Correo: contabilidad@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	PDT	ESPECIALISTA PEDIATRIA	NIU	270,00	\$ 90,846,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 24.528.420,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 21/10/2025 20:14:57
Documento validado por la DIAN:
 21/10/2025 20:14:58
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0
Subtotal	24528420
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24528420
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	24528420
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24528420

Valores informativos

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

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	
Subtotal	24.528.420,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	24.528.420,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	24.528.420,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 24.528.420,00

Valores informativos

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

Numero de Autorización: 18764093409669 Rango desde: 46 Rango hasta: 200 Vigencia: 2025-11-21

- 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		
<input type="checkbox"/>	CUENTA ENERO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA ENERO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA MARZO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA ABRIL - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA ABRIL - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA MAYO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA MAYO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA JUNIO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA JUNIO - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA JULIO-CTO N. 2964-2025.pdf	CUENTA JULIO-CTO N. 2964-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA AGOSTO - CTO. N 2964-2025.pdf	CUENTA AGOSTO - CTO. N 2964-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 2964 - 2025.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE - CTO N. 2964 - 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario			001		
2. Concepto <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> Actualización				4. Número de formulario 141013102369			
				 (415)7707212489984(8020) 000014101310236 9			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 9 4 8 9 2 5 8 1		6. DV 1	12. Dirección seccional Impuestos 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 1 9 4 8 9 2 5 8			
Lugar de expedición COLOMBIA		28. País 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.	
31. Primer apellido SOLER		32. Segundo apellido PEÑA		33. Primer nombre YULL		34. Otros nombres FREDDY	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.			
41. Dirección principal AV JIMENEZ 7 25 OF 1002							
42. Correo electrónico yullsp@hotmail.com							
43. Código postal			44. Teléfono 1 8 1 2 2 1 5 2		45. Teléfono 2 3 0 4 3 7 8 5 0 7 0		
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica					Ocupación		
46. Código 0 0 2 0		47. Fecha inicio actividad 1 9 8 0 0 4 1 0		48. Código 8 6 2 1		49. Fecha inicio actividad 2 0 1 5 0 1 0 1	
50. Código 1		51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 1 6 5 2							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
16- Obligación facturar por ingresos bienes							
52 - Facturador electrónico							
Usuarios aduaneros					Exportadores		
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20					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: <input type="text" value="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 1.6.1.2.6 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 1561 de 2012. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. Firma autorizada: 984. Nombre SOLER PEÑA YULL FREDDY 985. Cargo CONTRIBUYENTE			