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

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		
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITO.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOENERO.pdf (Archivado)	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOFEBRERO.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOFEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOMARZO.pdf (Archivado)	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOMARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOMARZO1.0.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOMARZO1.0.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOMAYO.pdf (Archivado)	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOMAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOABRIL.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO3377-2025SSTUNJUELITO MAYO.pdf (Archivado)	CTO3377-2025SSTUNJUELITO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025SSTUNJUELITO-MAYO.pdf	CTO3377-2025SSTUNJUELITO-MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025SSTUNJUELITO-JUNIO.pdf	CTO3377-2025SSTUNJUELITO-JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOJULIO.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOJULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOAGOSTO.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOAGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOSEPTIEMBRE.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOSEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOOCTUBRE.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITOOCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITONOVIEMBRE.pdf	CTO3377-2025HOSPITALTUNJUELITONOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030661773		VILLAMIL BURGOS MARIA CELESTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	car 81cbis a 42-35 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93324085	9495585030	I	2025/12/17	2025/12/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1030661773	VILLAMIL MARIA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030661773		VILLAMIL BURGOS MARIA CELESTE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	car 81cbis a 42-35 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	93324085	9495585030	I	2025/12/17	2025/12/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	MARIA CELESTE VILLAMIL BURGOS		**Número de Documento:**	1030661773	
Correo Electrónico:	celestevillamil96@gmail.com		**Número Telefónico:**	3224130587	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	**Cargo:**	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	**Código - Grado:**	242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3377-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS MANUELA BELTRÁN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
A38UD	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MARICHUELA	0	134	10034	$1344556	72%
A38VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	71	0	10034	$712414	38.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2056970**	**DOS MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTAPESOS**					

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	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 5187578	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 2147276	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 2177378	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	ENERO	$ 792686
2	FEBRERO	$ 2147276
3	MARZO	$ 2147276
4	ABRIL	$ 2147276
5	MAYO	$ 2147276
6	JUNIO	$ 2147276
7	JULIO	$ 2147276
8	AGOSTO	$ 2147276
9	SEPTIEMBRE	$ 2147276
10	OCTUBRE	$ 2147276
11	NOVIEMBRE	$ 1926528
12	DICIEMBRE	$ 2056970

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14930592	**$ 24442824**	**$ 24101668**	**$ 341156**

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 (Auxiliar de Enfermería) acorde con la Lex Artis, segùn 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.	Se hace limpieza y desinfección verificación de implemento para higienizar manos según protocolo de desinfección	Formulario de desinfección

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	Se orienta a paciente y/o familiar de la importancia de la adherencia al tratamiento enviado por su médico tratante y el cumplimiento de las citas asignadas.	https://docs.google.com/spreadsheets/d/10NfoWNIPbRcfFPqH4hXCwyA0CCUAQ5tR/edit#gid=60378363
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, 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, sustituya	Notas de enfermería seguimientos telefónicos	Historia clínica dinámica gerencial

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	Participación en reuniones convocadas	Acta de reunión y firma de asistencia
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, asi como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	Hacer llamadas de seguimiento a bases	Asignar y agendar citas que requiera el usuario de las rutas de atención . Asignar y/o reprogramar agenda que requiera el servicio. Asignar citas y orientar a los usuarios según necesidad de tratamiento y adherencia
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Base de Datos	https://docs.google.com/spreadsheets/d/10NfoWNIPbRcfFPqH4hXCwyA0CCUAQ5tR/edit#gid=60378363

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	$ 1926528
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9495585030	-		
2026	NOVIEMBRE	2025	12	12				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS VEINTISEIS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHOPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 770611	$ 123298	**$ 227800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 96326	**$ 178000**
ARL	3	SURA		$ 18772	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 223647**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488440845425

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CELESTE VILLAMIL BURGOS	2025-12-11 20:25:22
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2025-12-13 13:11:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CELESTE VILLAMIL BURGOS	2025-12-15 15:08:19
RECHAZADO SUPERVISOR	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2025-12-15 15:39:12
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MARIA CELESTE VILLAMIL BURGOS	2025-12-15 19:03:08
ACEPTADO SUPERVISIÓN	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	2025-12-15 20:18:18
ACEPTADO CONTRATACIÓN	LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO	2025-12-16 15:06:57
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	2026-01-08 16:10:46

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.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27

© Siasur - 2026