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:	HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARIN		**Número de Documento:**	1001064410	
Correo Electrónico:	heidi.amarillo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3227487470	
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3141-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS SANTA LIBRADA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B02TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	96	38110	$10747020	151.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 10747020**	**DIEZ MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL 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	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 18026030	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 10747020	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 12538190	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 4115880
2	FEBRERO	$ 10251590

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 7545780
4	ABRIL	$ 6859800
5	MAYO	$ 6859800
6	JUNIO	$ 7545780
7	JULIO	$ 7088460
8	AGOSTO	$ 7317120
9	SEPTIEMBRE	$ 6859800
10	OCTUBRE	$ 10747020
11	NOVIEMBRE	$ 10061040
12	DICIEMBRE	$ 10747020

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 56707680	**$ 98018920**	**$ 95999090**	**$ 2019830**

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 (medico(a)) 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	-Se realiza atención a los pacientes de la subred sur según formato de historia clínica de manera ágil, adecuada y en alta calidad. Registros encontrados en historias clínicas del sistema dinámico	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	-Se educa a los pacientes en actividades de promoción y prevención, asistencia a programas de detección temprana de enfermedades, hábitos y estilos de vida saludable.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-Registro en historia clínica de todos los elementos presentados en el formato de forma clara sin siglas, con base en las guías vigentes para la subred integrada de servicios de salud y las guías científicas actualizadas y vigentes en el manejo de las diferentes patologías que presenta el paciente valorado.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-Diligenciamiento de consentimiento informado, autorización de procedimientos en servicio tratante. Diligenciamiento de fichas de notificación de enfermedades con interés en salud pública, certificados de función, ruaf, medicamentos no incluidos en POS mediante formato MIPRES con el fin de garantizar la atención en salud de manera oportuna, con calidad	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, FICHAS DE NOTIFICACION, FORMATO MIPRES, RUAF
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-Referencia del paciente a especialidades, procedimientos, otras entidades con el fin de garantizar el manejo integral y de calidad de la patología de base.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, REFERENCIA ADJUNTADA DE PACIENTE A SIASUR
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Referencia de pacientes, canalización y activación de Rutas de atención en salud.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, REFERENCIA ADJUNTADA DE PACIENTE A SIASUR
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-Diligenciamiento de historia clínica de ingreso, evolución del paciente en el servicio, revaloraciones, correspondientes según con formato de acción realizada.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento.	-Se informa oportunamente con lenguaje claro y sencillo a familiares y autoridades procedimientos realizados, pronósticos y manejo del paciente.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Participación en actividades de capacitación, reuniones cercanas con el fin de promover el mejoramiento y la atención con la mejor calidad.	-Participación en actividades de capacitación, reuniones cercanas con el fin de promover el mejoramiento y la atención con la mejor calidad.

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	$ 10061040
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9495754113	-		
2026	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**01**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DIEZ MILLONES SESENTA Y UN MIL CUARENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 4024416	$ 643907	**$ 658600**
Salud		SURA		$ 503052	**$ 514500**
ARL	3	SURA		$ 98035	**$ 100300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1167966**	**$ 1273400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550488452865634

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARIN	2025-12-11 09:52:37
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARIN	2025-12-15 16:17:16
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	2025-12-15 20:14:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-16 12:44:22
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 16:10:07

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

Bogotá D.C., 11 de Diciembre de 2025.

Señores.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SALUD SUR E.S.E.
CONTRATACIÓN – NÓMINA.

Asunto: Carta reconocimiento dependencia económica.

Yo, Heidi Tatiana Amarillo Villamarín, identificada con C.C. 1.001.064.410 de Bogotá, actualmente médico de USS Tunal, por medio de ésta carta quiero dar a conocer, que mi señora madre **OLGA LUCÍA VILLAMARÍN LÓPEZ**, identificada con C.C. 52’037.238 de Bogotá, actualmente depende económicamente de mí, ya que por motivos ajenos mi madre no pudo realizar su cotización de pensión, debido a esto quiero dar a conocer esto a ustedes.

No siendo otro el motivo, quedo atenta y en espera de una muy pronta y asertiva respuesta. Por la atención prestada a la presente, de antemano le quedo altamente agradecida.

Respetuosamente:



HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARÍN
C.C. 1.001.064.410 de Bogotá D.C.

ANEXO: Fotocopia cédula de mi madre, fotocopia cédula (Heidi Amarillo)

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.037.238**

VILLAMARIN LOPEZ

APELLIDOS

OLGA LUCIA

NOMBRES



Olga Lucia Villamarin L.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1971**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-DIC-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez T.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00013284-F-0052037238-20080615 **0000**75168A 1 1390005978

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.064.410**

AMARILLO VILLAMARIN

APELLIDOS

HEIDI TATIANA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

01-NOV-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01048510-F-1001064410-20181204 **0063**55161A 1 1365205585

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1001064410

Indicativo Serial 30109862

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 11 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1011

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA_CUNDINAMARCA=BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: AMARILLO — Segundo Apellido: VILLAMARIN

Nombre(s): HEIDI TATIANA

Fecha de nacimiento: Año 2000 Mes 10 Día 31 — Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: — Factor RH:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA_CUNDINAMARCA=BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIMIENTO — Número certificado de nacido vivo: A 2856620

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VILLAMARIN LOPEZ OLGA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número): cc# 52.037.238 de BOGOTA D.E. — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AMARILLO CIFUENTES CARLOS JULIO

Documento de identificación (Clase y número): cc# 79.443.859 de BOGOTA D.E. — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AMARILLO CIFUENTES CARLOS JULIO

Documento de identificación (Clase y número): cc# 79.443.859 de BOGOTA D.E. — Firma: Carlos J. Amarillo C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Fecha de inscripción: Año 2000 Mes 11 Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA — Nombre y firma: ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA NOTARIA ONCE

Reconocimiento paterno — Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento — Nombre y firma:

ESPACIO PARA NOTAS

El denunciante imprime la huella dactilar indice derecho.

ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA
Notaría Once

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 11 DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA
NOTARIA ONCE

IMPRESO POR DIVISION VALORES

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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

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		
☐	COT 3141-2025 ENERO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 ENERO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 FEBRERO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 FEBRERO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 MARZO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 MARZO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 ABRIL HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 ABRIL HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 MAYO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 MAYO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 JUNIO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 JUNIO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 JULIO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 JULIO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 AGOSTO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 AGOSTO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 SEPTIEMBRE HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 SEPTIEMBRE HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 OCTUBRE HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3141-2025 OCTUBRE HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3141-2025 NOVIEMBRE HEIDI AMARILLO..pdf	COT 3141-2025 NOVIEMBRE HEIDI AMARILLO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001064410		AMARILLO VILLAMARÍN HEIDI TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36A # 56 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$4,116,000	$658,600			$4,116,000	$514,500			$2,836,000	$56,800			$4,116,000		$100,300		$0	$0		$1,330,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$4,116,000	$658,600			$4,116,000	$514,500			$2,836,000	$56,800			$4,116,000		$100,300		$0	$0		$1,330,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$4,116,000	$658,600			$4,116,000	$514,500			$2,836,000	$56,800			$4,116,000		$100,300		$0	$0		$1,330,200
1	CC	1001064410 AMARILLO HEIDI									X									25-14	30	$4,116,000	$658,600	EPS010	30	$4,116,000	$514,500	CCF24	30	$2,836,000	$56,800	14-11	30	$4,116,000	2.436%	$100,300	30	$0	$0	No	$1,330,200
Total	**Afiliados(1)**																					$4,116,000	$658,600			$4,116,000	$514,500			$2,836,000	$56,800			$4,116,000		$100,300		$0	$0		$1,330,200

aportes en línea

Planilla Resumen

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	1971145127	9495754113	I	2025/12/03	2025/12/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,330,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$658,600	$0	$0	$658,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$658,600	$0	$0	$658,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100,300	$0	$0	$100,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$100,300	$0	$0	$100,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,800	$0	$0	$56,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$56,800	$0	$0	$56,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$514,500	$0	$0	$514,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$514,500	$0	$0	$514,500
TOTAL				**1**	**$1,330,200**	**$0**	**$0**	**$1,330,200**