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		
☐	ENERO CTO 3658-2025.pdf	ENERO CTO 3658-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO CTO 3658-2025.pdf.pdf	FEBRERO CTO 3658-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO CTO 3658-2025.pdf	MARZO CTO 3658-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL CTO 3658-2025.pdf	ABRIL CTO 3658-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO CTO 3658-2025.pdf.pdf	MAYO CTO 3658-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO CTO 3658-2025.pdf	JUNIO CTO 3658-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO CTO 3658-2025.pdf.pdf	JULIO CTO 3658-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Informe de Actividades agosto Número 328421.pdf	Informe de Actividades Número 328421.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEMPTIEMBRE CTO 3658-2025.pdf.pdf	SEMPTIEMBRE CTO 3658-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE CTO 3658-2025.pdf.pdf	OCTUBRE CTO 3658-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE CTO 3658-2025.pdf.pdf	NOVIEMBRE CTO 3658-2025.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033723412	GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA	CL 47 SUR 18C-04	4602864	x.lopezardila@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92272948	$538.900	

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	216.600	0		0		0	8	1.100	0	217.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	277.200	0	0	0	0	8	1.400	0	278.600	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	42.300				42.300	8	300	42.600			423	42.600	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	8	0	0	0
ICBF				
0	8	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	216.600	217.700
Pensión	1	277.200	278.600
Riesgos Laborales	1	42.300	42.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	536.100	538.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033723412	GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA		CL 47 SUR 18C-04	4602864	x.lopezardila@gmail.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	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	92272948	$538.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1033723412	LOPEZ ARDILA GINNETH XIMENA	59	0			N																	230301	1.732.400	277.200	0	0	0	0	EPS008	1.732.400	216.600	14-11	1.732.400	3	42.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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:	GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA		**Número de Documento:**	1033723412	
Correo Electrónico:	ximenalopez0519@gmail.com		**Número Telefónico:**	3133570234	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3658-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
C01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	9	21230	$4012470	101.6%
J02ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	48	21230	$1019040	25.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5031510**	**CINCO MILLONES TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS DIEZPESOS**					

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	$ 5477340	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3609100	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	$ 5222580	1956
4	2025-12-11		4	$ 1040270	2122

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2025-12-11		5	$ 1040270	2122
6	2025-12-19		6	$ 955372	2174

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	$ 1783320
2	FEBRERO	$ 3566640
3	MARZO	$ 4076160
4	ABRIL	$ 3821400
5	MAYO	$ 3821400
6	JUNIO	$ 3821400
7	JULIO	$ 4076160
8	AGOSTO	$ 3821400
9	SEPTIEMBRE	$ 3863860
10	OCTUBRE	$ 5222580
11	NOVIEMBRE	$ 4330920
12	DICIEMBRE	$ 5031510

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 31590240	**$ 48935172**	**$ 47236750**	**$ 1698422**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) 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 EL OBJETO DE CONTRATO EN COORDINACIÓN CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUB RED -	-CON EL SUPERVISOR DE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUB RED - HISTORIA
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.	-DAR INDICACIÓN A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO	-HISTORIA CLÍNICA

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya).	-REGISTRAR EN HISTORIA CLÍNICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FÍSICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	-HISTORIA CLÍNICA - AUDITORIAS
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, gulas, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-PARTICIPAR EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS, GUÍAS Y DEMÁS DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO-	-FORMATOS PROTOCOLOS - PROCEDIMIENTO
5	Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido por la institución.	-APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 11 CORRECTO	--HISTORIA CLÍNICA
6	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	--HISTORIA CLÍNICA	-HISTORIA CLÍNICA - AUDITORIA
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 LA REVISIÓN DEL CARRO DE PARO SEGÚN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DÍAS DE CADA MES	--CARPETA FORMATO
8	Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales	-REALIZAR LA REVISIÓN DEL CARRO DE PARO SEGÚN CORRESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DÍAS DE CADA MES	-CARPETA FORMATO
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.	VERIFICAR LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA Y HACER RETROALIMENTACIÓN PRODUCTO O EVIDENCIA	EVALUACIÓN ESTABLECID
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-HISTORIA CLÍNICA	-HISTORIA CLÍNICA - AUDITORIA

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	92272948	-		$ 4330920
2026	NOVIEMBRE	2025	12	11				
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	PORVENIR	$ 1732368	$ 277179	**$ 278600**
Salud		COMPENSAR		$ 216546	**$ 217700**
ARL	3	SURA		$ 42200	**$ 42600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 502768**	**$ 538900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0570000570105577

© Siasur - 2026

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA	2025-12-15 16:04:08
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA	2025-12-16 07:53:17
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-12-17 09:15:32
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-18 15:59:02
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-19 19:22:36
RECHAZADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-19 19:27:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	GINNETH XIMENA LOPEZ ARDILA	2025-12-22 16:27:51
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-12-22 16:56:40
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-12-23 15:49:11
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 16:37:58

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

© Siasur - 2026