

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-12-01	Hasta:	2025-12-31
Nombre del Contratista:	YESICA VIVIANA RODRIGUEZ PUERTA		Número de Documento:	1010203949
Correo Electrónico:	yesikrodriguez09@hotmail.com		Número Telefónico:	3213541219
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4224-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVA EN SALUD				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
U06SA	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	ADMINISTRATIVA	\$5401440	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 5401440	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-22		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	\$ 5401440	1314	
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 5401440	1767	
3	2025-11-27	2026-01-16	3	\$ 7201920	1956	
4	2025-12-11		4	\$ 900240	2122	
5	2025-12-11		5	\$ 900240	2122	
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar		
1		ENERO		\$ 1800480		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
2	FEBRERO	\$ 5401440		
3	MARZO	\$ 5401440		
4	ABRIL	\$ 5401440		
5	MAYO	\$ 5401440		
6	JUNIO	\$ 5401440		
7	JULIO	\$ 5401440		
8	AGOSTO	\$ 5401440		
9	SEPTIEMBRE	\$ 5401440		
10	OCTUBRE	\$ 5401440		
11	NOVIEMBRE	\$ 5401440		
12	DICIEMBRE	\$ 5401440		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 43211520		\$ 63016800	\$ 61216320	\$ 1800480
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Realizar actividades como profesional de la salud, de apoyo a la gestión en los procesos asistenciales de los servicios en las Unidades de Servicios de Salud, de acuerdo a designación del supervisor del contrato..	- A TRAVÉS DE RONDA ADMINISTRATIVA IDENTIFICAR NECESIDADES DE LOS SERVICIOS	--SE NOTIFICA A LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS Y DE URGENCIAS LA NECESIDADES EN TALENTO HUMANO DURANTE EL MES DE MARZO SEGÚN LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS	
2	2. Articular las acciones administrativas y asistenciales para la adecuada prestación de los servicios en las unidades asignadas.	- VERIFICAR EL TALENTO HUMANO PROGRAMADO, O SITUACIONES PRESENTADAS CON EL TALENTO HUMANO DEL TURNO DE LA NOCHE.	- RONDA ADMINISTRATIVA Y REPORTE A A LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS NOVEDAD DE FALTANTE DE TALENTO HUMANO SEGÚN LAS NECESIDADES DE LOS SERVICIOS	
3	3. Apoyar la validación de la programación de turnos de los funcionarios y/o cronograma de actividades de contratistas.	- VERIFICAR EL TALENTO HUMANO PROGRAMADO, O NOVEDADES PRESENTADAS CON EL TALENTO HUMANO DEL TURNO DE LA NOCHE.	--INFORMAR A LOS SUPERVISORES DE CONTRATO LAS AUSENCIAS, MODIFICACIONES O SITUACIONES PRESENTADAS POR EL TALENTO HUMANO	
4	4. Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del servicio en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos, apoyándose en el registro de puntualidad, asistencia, control de permisos, vacaciones, entre otros.	- APOYAR LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN DE SITUACIONES QUE SE PRESENTEN DURANTE EL TURNO DE LA NOCHE	- REPORTES A TRAVÉS DE CUALQUIER MEDIO DE COMUNICACIÓN ENTRE UNIDADES Y NOTIFICACIÓN EN EL INFORME DIARIO.	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Dar trámite y respuestas a los requerimientos, peticiones, quejas del servicio y de los procesos asignados	-DIRECCIONAR LOS ENTES DE CONTROL QUE VISITEN LA UMHEs TUNAL Y RESOLVER TODO TIPO DE INQUIETUDES QUE SE GENEREN DURANTE LA MISMA	-ACTA QUE SE GENERAN DURANTE LAS VISITAS
6	6. Realizar acompañamiento a los entes de control cuando sean requeridos de acuerdo con la pertinencia.	- VERIFICAR QUE EL TALENTO HUMANO CUMPLA CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES	-VERIFICAR QUE EL TALENTO HUMANO CUMPLA CON SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES (PLANILLA DE ACTIVIDADES)
7	7. Apoyar la elaboración y velar por la implementación de los formatos, protocolos, guías, procedimientos de la Subred Sur y generar adherencia por parte del servicio y/o proceso a cargo, garantizando las normas universales de bioseguridad.	-REALIZAR EL APOYO A LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS DE CADA SERVICIOS EN LA UNIDAD A CARGO	- REALIZAR EL APOYO A LA GESTIÓN DE ACTIVIDADES PROPIAS DE CADA SERVICIOS EN LA UNIDAD A CARGO
8	8. Apoyar el seguimiento a las acciones de los planes de mejora identificados en el servicio.	- APOYAR CON LA ELABORACIÓN Y VELAR POR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIÁS, PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED SUR Y GENERAR ADHERENCIA POR PARTE DEL SERVICIO Y/O PROCESO A CARGO, GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD.-	- SOCIALIZAR CON LOS SERVICIOS PERTINENTES Y REGISTRAR EN LAS LISTAS DE ASISTENCIA
9	9. Aplicar listas de chequeo de autocontrol de enfermería en los servicios asignados con pertinencia y oportunidad	- REALIZAR VERIFICACIÓN DE LOS PACIENTES PARA REALIZAR TRASLADO DE MAYOR A MENOR COMPLEJIDAD DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO	- SOLICITUDES DE TRASLADOS.
10	10.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- SUPERVISAR CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES	- SUPERVISAR CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES SEGÚN EL PERFIL CONTRATADO (PLANILLA DE ACTIVIDADES)

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	\$ 5401440
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	NOVIEMBRE	2025	12	09	92193725	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CINCO MILLONES CUATROCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 2160576	\$ 345692	\$ 346400
Salud					COMPENSAR		\$ 270072	\$ 270700
ARL				3	SURA		\$ 52632	\$ 52800
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 627042	\$ 669900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488411148825

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	YESICA VIVIANA RODRIGUEZ PUERTA	2025-12-15 18:32:38
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-12-17 19:26:09
ACEPTADO CONTRATACIÓN	LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO	2025-12-18 15:42:33
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	2026-01-08 16:10:11

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

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[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 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		
<input type="checkbox"/>	INFORME ENERTO CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME ENERTO CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME FEBRERO CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME FEBRERO CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME MARZO CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME MARZO CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME ABRIL CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME ABRIL CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME MAYO CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME MAYO CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME JUNIO CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME JUNIO CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME AGOSTO CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME AGOSTO CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME SEPTIEMBRE CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME OCTUBRE CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME OCTUBRE CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	INFORME NOVIEMBRE CTO No. 4224-2025.pdf	INFORME NOVIEMBRE CTO No. 4224-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010203949	YESICA VIVIANA RODRIGUEZ PUERTA		Cundinamarca	3213541219	yesikrodriguez09@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	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92193725	\$713.200	

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	270.700	0		0		0	0	0	0	270.700	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	346.400	0	0	0	0	0	0	0	346.400	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	52.800				52.800	0	0	52.800			528	52.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.300	0	0	43.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	270.700	270.700
Pensión	1	346.400	346.400
Riesgos Laborales	1	52.800	52.800
CCF	1	43.300	43.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	713.200	713.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010203949	YESICA VIVIANA RODRIGUEZ PUERTA		Cundinamarca	3213541219	yesikrodriguez09@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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	09/12/2025	92193725	\$713.200		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1010203949	RODRIGUEZ PUERTA YESICA VIVIANA	59	0			N																	230301	2.165.000	346.400	0	0	0	0	EPS008	2.165.000	270.700	14-11	2.165.000	3	52.800	CCF24	2.165.000	43.300	0	0	0	0	0

PAGADA