



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:	JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		Número de Documento:	1022940794
Correo Electrónico:	stiven1022940794@gmail.com		Número Telefónico:	3202187076
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado: - 009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4808-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	APOYO LOGISTICO A LOS SERVICIOS ASISTENCIALES				
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	Procentaje(%) Centro de Costos
C01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	180	0	10036	\$1806480	96.8%
I20ESTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	0	60	10036	\$602160	32.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2408640	DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-02-13			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-13
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 4516200	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2589288	1767
3	2025-11-27	2026-01-16	3	\$ 3492528	1956
4	2025-12-11		4	\$ 431548	2122

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2025-12-11		5	\$ 431548	2122
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1384968	
2		MARZO		\$ 1926912	
3		ABRIL		\$ 1806480	
4		MAYO		\$ 1987128	
5		JUNIO		\$ 2348424	
6		JULIO		\$ 2408640	
7		AGOSTO		\$ 2408640	
8		SEPTIEMBRE		\$ 2107560	
9		OCTUBRE		\$ 2468856	
10		NOVIEMBRE		\$ 2529072	
11		DICIEMBRE		\$ 2408640	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	
\$ 13066872		\$ 24527984		\$ 23785320	
				SALDO DEL CONTRATO	
				\$ 742664	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	Prestar servicios de Apoyo Logístico a los Servicios Asistenciales, 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.	--TRASLADAR Y ACOMPAÑAR AL PACIENTE O EQUIPO MEDICO QUE LO REQUIERA DE ACUERDO A SU CONDICION MEDICA Y QUE SE ENCUENTRE EN LOS DIFERENTES SERVICIOS, PRESTANDOLE UN SERVICIO INTEGRAL ADECUADOCUMPLIENDO CON LOS MANUALES DE BIOSEGURIDAD		-HISTORIA CLINICA	
2	Brindar trato digno, humanizado con respeto y empatía al cliente interno y externo.	-DIRIGIRME CON LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS SIMPRE CON RESPETO Y HONESTIDAD, CON LOS VALORES DE TRATO HUMANIZADO		-HISTORIA CLINICA	
3	Realizar diligenciamiento veraz, oportuno y completo de los formatos, documentos, bitácoras y otros equivalentes, implícitos en el proceso de la prestación sus actividades contractuales, informando oportunamente al supervisor del contrato, las novedades y observaciones que puedan afectarlos.	-INFORMAR A MI SUPERVISOR O JEFE INMEDIATO DE ALGUN CAMBIO O NOVEDAD QUE AFECTE DIRECTAMENTE MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES		-HISTORIA CLINICA	
4	Traslado seguro de pacientes entre áreas de la unidad de acuerdo a normas de la institución	-INFORMAR A MI SUPERVISOR O JEFE INMEDIATO DE ALGUN CAMBIO O NOVEDAD QUE AFECTE DIRECTAMENTE MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES		-HISTORIA CLINICA	

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	Trasporte de muestras de laboratorio y patologías y reclamar resultados de acuerdo a contingencias.	-INFORMAR A MI SUPERVISOR O JEFE INMEDIATO DE ALGUN CAMBIO O NOVEDAD QUE AFECTE DIRECTAMENTE MIS ACTIVIDADES CONTRACTUALES	-HISTORIA CLINICA
6	Trasporte de fórmulas medicas e insumos para servicios asistenciales, documentación e historias clínicas de acuerdo a requerimientos del servicio asignado.	-LLEVAR FORMULAS MEDICAS A FARMACIA PARA SU DISPENSACION, TRASLA DO DE HISTORIAS CLINICAS A FACTURACION PARA SU CORRESPONDIENTE LIQUIDACION O VERIFICACION SEGÚN SE REQUIERA	-HISTORIA CLINICA
7	Colaborar en la movilización de pacientes conjuntamente con el personal de enfermería	-BRINDAR ASISTENCIA EN LOS PROCESOS PROPIOS DEL SERVICIO Y APOYAR AL EQUIPO MEDICO EN LAS ACTIVIDADES DEEL PERSONAL DE ENFERMERIA QUE LO REQUIERA	-HISTORIA CLINICA
8	Traslado de equipos medico quirúrgicos y biomédicos cuando sea requerido (eco fax, balas de O2, ecógrafos, electrocardiógrafos y otros)	-LLEVAR LOS EQUIPOS SOLICITADOS POR EL SERVICIO ASIGNADO SEGÚN SU NECESIDAD, VERIFICAR SU FUNCIONALIDAD Y ESTADO FISICO DE LAS PARTES ANTES DE SER TRASLADADO DEJANDO EVIDENCIA VERBAL O ESCRITA DE SU CONDICION	-HISTORIA CLINICA
9	Apoyo en proceso de limpieza y desinfección de camilla de trasporte, sillas de ruedas, contenedores de materiales y trasporte, neveras de trasporte, balas de O2 con sus soportes de trasporte de acuerdo a manual institucional.	--REALIZAR LAS LIMPIEZASA Y DESINFECCIONES DE ELEMENTOS A MI CARGO COMO LO SON BALAS DE OXIGENO, CAMILLAS DE TRASLADO DE PACIENTES, CONTENEDORES DE TRANSPORTE DE MATERIAL ESTERIL O CONTAMINAD/ MEDICAMENTOS HE INSUMOS/ COMPONENTES SANGUINEOS/ LABORATORIOS , SILLAS DE RUEDAS ETC. REALIZANDO LOS PROCESOS DE LIMPIEZA RUTINARIO O TERMINAL SEGUN SE REQUIERA, CON LOS INSUMOS ESTABLECIDOS PARA DICHO FIN ENTREGADOS POR LA INSTITUCION, SOLICITADNDO HE INFORMANDO A LA JEFE DEL SERVICIO	-HISTORIA CLINICA
10	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-RECIBO Y ENTREGA DE TURNO SEGÚN EL HORARIO CORRESPONDIENTE	- HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 2529072	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92252026	-			
2026	NOVIEMBRE	2025	12	12					Valor honorarios certificados el mes anterior en letras
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud						SALUD TOTAL		\$ 177938	\$ 178000
ARL					3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 413129	\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488450105009			
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA			
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		2025-12-12 07:27:44			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		2025-12-15 20:35:26			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		2025-12-17 15:35:25			
RECHAZADO SUPERVISOR				HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2025-12-17 21:07:21			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		2025-12-17 21:25:24			
ACEPTADO SUPERVISIÓN				HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2025-12-17 21:48:17			
RECHAZADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-18 08:52:03			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		2025-12-18 09:41:37			
ACEPTADO SUPERVISIÓN				HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN		2025-12-22 15:44:10			
RECHAZADO CONTRATACIÓN				LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO		2025-12-23 13:12:24			

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ	2025-12-23 16:05:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2025-12-23 16:06:18
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-12-23 16:20:54
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 16:38:14

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1022940794	JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ		Calle 130 bis sur 14 70	4734728	stiven1022940794@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	12/12/2025	92252026	\$440,500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178,000	0		0		0	0	0	0	178,000	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	227,800	0	0	0	0	0	0	0	227,800	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	34,700				34,700	0	0	34,700			347	34,700	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	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	178,000	178,000
Pensión	1	227,800	227,800
Riesgos Laborales	1	34,700	34,700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022940794	JEFFERSON STEVEN AGUIRRE GOMEZ	Calle 130 bis sur 14 70	4734728	stiven1022940794@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	12/12/2025	92252026	\$440,500	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Calificación	Exonerado	ING	REF	TBE	TAE	TIP	TAP	VSP	VST	SLN	ISE	LMA	MAC	MAP	ICT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1022940794	AGUIRRE GOMEZ JEFFERSON STEVEN	59	0			N																	25-14	1,423,500	227,800	0	0	0	0	EPS002	1,423,500	178,000	14-11	1,423,500	3	34,700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

1 **Información general** **Datos guardados**

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

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"/> ARL SURA 1022940794 CTO 4808-2025.pdf	ARL SURA 1022940794 CTO 4808-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged - 2025-03-26T19:49:48.053.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE MARZO 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged - 2025-04-25T06:59:07.025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE ABRIL 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (44).pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (63).pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE JUNIO 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (49).pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE JULIO 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (34).pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE AGOSTO 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (49...),pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE SEPTIEMBRE 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (31).pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE OCTUBRE 2025 CONTRATO N° 4808-2025	adadaifxc_dasadaidd_merged.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE NOVIEMBRE 2025 CONTRATO N° 4808-2025	ilovepdf_merged (30).pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar [Cargar nuevo](#)

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >