

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-01-01	Hasta:	2026-01-31	
Nombre del Contratista:	YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO		Número de Documento:	1032656047	
Correo Electrónico:	yuly_986@hotmail.com		Número Telefónico:	3142919545	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2877-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS SAN JUAN DE SUMAPAZ				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
V02TS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	TRASLADO SECUNDARIO	144	0	12958	\$1865952	87.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1865952	UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-20		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	\$ 6650616	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 1775246	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2630474	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 790438	82
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 777480	

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

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	FEBRERO	\$ 2176944	
3	MARZO	\$ 2487936	
4	ABRIL	\$ 2176944	
5	MAYO	\$ 3420912	
6	JUNIO	\$ 2487936	
7	JULIO	\$ 2176944	
8	AGOSTO	\$ 2176944	
9	SEPTIEMBRE	\$ 1775246	
10	OCTUBRE	\$ 2176944	
11	NOVIEMBRE	\$ 2487936	
12	DICIEMBRE	\$ 2176944	
13	ENERO	\$ 1865952	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 17140272		\$ 28987046	\$ 28365062
			\$ 621984
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil Auxiliar de Enfermería 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.	-Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería de traslados secundarios en las áreas asistenciales a los usuarios de la subred sur, con pleno cumplimiento de los estándares de calidad y oportunidad durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	-Historia clínica
2	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.	-Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación.	-Historia clínica
3	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 (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería cumpliendo las órdenes impartidas por el equipo médico y por el supervisor del contrato.	-Historia clínica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	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.	-Prestar servicios técnicos como auxiliar de enfermería cumpliendo órdenes, brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto a generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable.	-Historia clínica, bitácora de traslados
5	5) Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución.	-Brindar educación al paciente que recibe nuestros servicios en cuanto a la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludables.	-Historia clínica, bitácora de traslados
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Realizar las actividades necesarias para mantener en buen estado y en condiciones óptimas la móvil asignada, informando oportunamente al supervisor las novedades que puedan afectar la operación.	-Historia clínica, bitácora de traslados

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 de Anterior		\$ 2176944
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92686009	-			
2025	DICIEMBRE	2026	01	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CIENTOSETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y CUATROPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 228000	
Salud					FAMISANAR		\$ 177938	\$ 178200	
ARL				4	SURA		\$ 0	\$ 0	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 406200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	473870057899		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					YUDI FABIOLA IBÁÑEZ QUINTERO			2026-01-21 20:07:46	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN			2026-01-22 16:26:55	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO			2026-01-23 20:39:22	
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			2026-02-19 13:58:28	

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	1032656047	YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO		C 93 sur # 4-45	9106164	yuly_986@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
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	13/01/2026	92686009	\$406.200

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.200	0		0		0	0	0	0	178.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	228.000	0	0	0	0	0	0		228.000	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										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.200	178.200
Pensión	1	228.000	228.000
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	406.200	406.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032656047	YUDI FABIOLA IBAÑEZ QUINTERO		C 93 sur # 4-45	9106164	yuly_986@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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	13/01/2026	92686009	10
					TOTAL A PAGAR
					\$406.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1032656047	IBAÑEZ QUINTERO YUDI FABIOLA	3	0	N																			230201	1.425.000	228.000	0	0	0	0	0	EPS017	1.425.000	178.200		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

[Actualizar el contrato](#)

UTC -5 12:31:27

YUDI FABIOLA IBAN...



Menú

Ir a

Buscar...

[contratos](#) → [Ver contrato](#)**Datos guardados**[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
☐ enero-2877-2025.pdf	enero-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ enero-2239-2024.pdf	enero-2239-2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ febrero-2877-2025.pdf	febrero-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ ANTICUERPOS (2).pdf	ANTICUERPOS (2).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ 25 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.pdf	25 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ marzo-2977-2025.pdf	marzo-2977-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ mayo-2877-2025.pdf (Archivado)	mayo-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ abril-2877-2025.pdf	abril-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ mayo-2877-2025 (1).pdf	mayo-2877-2025 (1).pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ junio-2877-2025.pdf	junio-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ julio-2877-2025.pdf	julio-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ agosto-2877-2025.pdf	agosto-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ septiembre-2877-2025.pdf	septiembre-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ octubre-2877-2025.pdf	octubre-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ noviembre-2877-2025.pdf	noviembre-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ diciembre-2877-2025.pdf	diciembre-2877-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

[Borrar](#)[Cargar nuevo](#)[Cancelar](#)

Evaluación de la Entidad Estatal

