

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

☐ 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		
cta febrero.pdf (Archivado)		cta febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 3234-2025 ENERO USS SAN BENITO.pdf (Archivado)		CTO 3234-2025 ENERO USS SAN BENITO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO ENERO + PAPELES ANEXOS (1).pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO ENERO + PAPELES ANEXOS (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO FEBRERO + PAPELES ANEXOS (1).pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO FEBRERO + PAPELES ANEXOS (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO MARZO.pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO ABRIL .pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO ABRIL .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO MAYO .pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO MAYO .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO JUNIO.pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO JULIO.pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe Número AGOSTO 328694.pdf (Archivado)	Informe Número AGOSTO 328694.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO AGOSTO .pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO AGOSTO .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3234 2025 SAN BENITO SEPTIEMBRE .pdf (Archivado)	CTO 3234 2025 SAN BENITO SEPTIEMBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO SEPTIEMBRE (1).pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO SEPTIEMBRE (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CTO 3234 2025 SAN BENITO DICIEMBRE.pdf (Archivado)	CTO 3234 2025 SAN BENITO DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO OCTUBRE.pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO NOVIEMBRE .pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO NOVIEMBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO DICIEMBRE .pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO DICIEMBRE .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CTO 3234 2025 SAN BENITO ENERO.pdf	CTO 3234 2025 SAN BENITO ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033725125	JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		Carrera 82 #42csur 48	3202782690	natabravito@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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-12	2025-12	I	21/01/2026	92254497	TOTAL A PAGAR \$444.200

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	178.000	0		0		0	13	1.500	0	179.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	13	1.900	0	229.700	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	13	300	35.000			347	35.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	13	0	0	0
ICBF				
0	13	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	179.500
Pensión	1	227.800	229.700
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	444.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033725125	JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		Carrera 82 #42csur 48	3202782690	natabravito@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	21/01/2026	92254497	\$444.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	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	1033725125	HERNANDEZ BRAVO JULYE NATALY	57	0		N																			Z31001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

	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:	JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		Número de Documento:	1033725125	
Correo Electrónico:	natabravito@hotmail.com		Número Telefónico:	3202782690	
Nombre del Supervisor:	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado:	- 242-27

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3234-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS SAN BENITO				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38JB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS SAN BENITO	186	0	10034	\$1866324	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1866324	UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS					

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	\$ 2648976	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 1866324	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2177378	1890
4	2026-01-10	2026-01-31	4	\$ 1555270	80
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 782652	

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	\$ 1866324	
3	MARZO	\$ 1866324	
4	ABRIL	\$ 1866324	
5	MAYO	\$ 1866324	
6	JUNIO	\$ 1866324	
7	JULIO	\$ 1866324	
8	AGOSTO	\$ 1866324	
9	SEPTIEMBRE	\$ 1866324	
10	OCTUBRE	\$ 1866324	
11	NOVIEMBRE	\$ 1866324	
12	DICIEMBRE	\$ 1866324	
13	ENERO	\$ 1866324	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 14930592		\$ 23178540	\$ 23178540
			\$ 0
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 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.	Se hace Limpieza y desinfección verificación de implemento para higienizar manos según protocolo de desinfección.	Formato de limpieza y desinfección
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	se orienta a paciente y/o familiar de la importancia de la adherencia al tratamiento enviado por su médico tratante y el cumplimiento de las citas asignadas	Base de Datos y Historia Clínica en Dinámica Gerencia
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 (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya).	Notas De enfermería seguimientos telefónicos de celular personal	Historia Clínica Dinámica Gerencia

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	actividades de información educación comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual familiar y comunitaria	prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual familiar y comunitaria
5	Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	actividades de información educación comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual familiar y comunitaria	Base de datos Dinámica gerencial
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Hacer llamadas de Seguimiento a pacientes crónicos Subir agenda en Dinámica gerencial Asignar citas y orientar a los usuarios según necesidad de tratamiento y adherencia promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual familiar y comunitaria	promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual familiar y comunitaria

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		\$ 1866324
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	92254497	-			
2025	DICIEMBRE	2026	01	21					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 229700	
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 179500	
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 35000	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 444200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488400837040		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		2026-01-21 10:30:19		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					JULYE NATALY HERNANDEZ BRAVO		2026-01-21 15:07:29		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2026-01-21 23:25:09		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2026-01-22 12:06:42		
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 13:58:09		

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.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27