| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2026-02-01 | **Hasta:** | 2026-02-28 | |
| **Nombre del Contratista:** | LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA | | **Número de Documento:** | 1084846892 | |
| **Correo Electrónico:** | alexaquendi@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3106588340 | |
| **Nombre del Supervisor:** | RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ | **Cargo:** | REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO | **Código - Grado:** | 213-32 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2956-2026 | **Año Contrato:** | 2026 | **CDP Contrato Inicial:** | 294 |
| **Perfil:** | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS MEISSEN | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J09PCME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 152 | 0 | 94000 | $14288000 | 59.5% |
| D01ME | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN | 84 | 0 | 94000 | $7896000 | 32.9% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 22184000** | **VEINTIDOS MILLONES CIENTOOCHENTA Y CUATRO MIL PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2026-02-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2026-06-30 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 120124800** | **$ 120124800** | **$ 0** | **$ 120124800** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|


***© Siasur - 2026***

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | Desarrollar servicios profesionales especializados en Pediatría, aplicando su conocimiento técnico-científico y criterio médico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E. | -Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos, alojamiento conjunto y en programa madre canguro. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 2 | Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al niño, niña, adolescente, su familia y/o cuidadores, conforme a su criterio profesional. | Puericultura a la madre y el padre durante las visitas de la unidad de recién nacidos, la valoración del recién nacido al momento del nacimiento, estancia en alojamiento conjunto, en programa madre canguro y egreso de la institución. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 3 | Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. | Evolución por turnos de cada paciente asignado de acuerdo a la estancia y en programa madre canguro. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 4 | Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área pediátrica, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad. | Actualización de documentos institucionales según asignación y diligenciamiento de formatos de acuerdo a la necesidad de cada paciente. | Protocolos, guias de manejo y procedimientos institucionales, historia clínica en Dinámica Gerencial, plataforma RUAF, plataforma MIPRES. |
| 5 | Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios pediátricos en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales. | Atender a los usuarios direccionándolos a las áreas institucionales que requieran de acuerdo a sus necesidades de salud. Reportar indicadores de acuerdo a la solicitud. | Informes de gestión. |
| 6 | Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente pediátrico lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente. | Evolución de los pacientes y toma de conducta interdisciplinaria de acuerdo a las necesidades individuales y familiares. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 7 | Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados en la unidad de recién nacidos, sala de partos, alojamiento conjunto y en programa madre canguro. Direccionar para continuar seguimiento y plan de manejo ambulatorio en los casos que amerite. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al padre, madre, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instaurado. | Informar a la madre, padre o familiar autorizado el plan de manejo actual, la evolución, riesgos y complicaciones presentes o potenciales de los recién nacidos, durante las visitas o en cualquier momento cuando el estado clínico del bebé lo amerite y en programa madre canguro. | Plan de tratamiento individual. Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 9 | Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral. | Evolución y toma de conducta médica de los pacientes hospitalizados y en programa madre canguro. Generación de egresos de acuerdo a evolución. Mitigar los riesgos asociados a la atención en salud. | Historia clínica en Dinámica Gerencial. |
| 10 | Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo su autonomía técnica y científica. | Actualización permanente en patologías neonatales. Capacitación al personal de apoyo (enfermería, terapia) en reanimación neonatal (NALS). | Exámenes pre-test y post-test. Listado de asistencia. |


***© Siasur - 2026***

## 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 | $ 23256576 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 4642808768 | LA 115 | | |
| 2026 | ENERO | 2026 | 02 | 12 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | VEINTITRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEISPESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 9302630 | $ 1488421 | **$ 1582100** |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 1162829 | **$ 1163100** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 226612 | **$ 226800** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 2699810** | **$ 2972000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DE BOGOTÁ | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 675031785 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA | 2026-02-23 20:01:24 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA | 2026-02-24 17:46:43 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ | 2026-02-25 08:26:22 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2026-02-27 10:21:36 |

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.

Ruth Liliana Lopez Cruz

**RUTH LILIANA LOPEZ CRUZ**
**REFERENTE UNIDAD NEONATALES Y PROGRAMA MADRE CANGURO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1084846892 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | TRANSVERSAL 3B #23-06 | TELÉFONO: | 3333333 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | | |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4642808768** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2026 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/02/12 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995714503 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 1.419.800 | $ 0 | $ 0 | $ 44.400 | $ 44.400 | $ 0 | $ 0 | $ 1.508.600 | $ 0 | $ 1.508.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 1.508.600** | **$ 0** | **$ 1.508.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 1.109.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.109.200 | $ 0 | $ 0 | $ 1.109.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 1.109.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 1.109.200** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 216.200 | $ 216.200 | $ 0 | $ 0 | $ 216.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 216.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 216.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1084846892 | QUENDI AZA LUCELY ALEXANDRA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 8.873.600 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 8.873.600 | $ 1.419.800 | $ 44.400 | $ 44.400 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.508.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 8.873.600 | $ 1.109.200 | $ 0 | $ 1.109.200 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 8.873.600 | 108484689 | $ 216.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 2.834.000**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1084846892 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | TRANSVERSAL 3B #23-06 | TELÉFONO: | 3333333 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4644070235** | | | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO 2026 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 4 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/02/24 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995808992 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4642808768 | | | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2026/02/12 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 68.700 | $ 0 | $ 0 | $ 2.200 | $ 2.200 | $ 200 | $ 200 | $ 73.100 | $ 400 | $ 73.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 73.100** | **$ 400** | **$ 73.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 53.700 | $ 0 | $ 200 | $ 0 | $ 53.700 | $ 200 | $ 0 | $ 53.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 53.700** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 53.900** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 10.500 | $ 10.500 | $ 100 | $ 0 | $ 10.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 10.500** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 10.600** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1084846892 | QUENDI AZA LUCELY ALEXANDRA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 8.873.600 | | | | NO | | | | | | | A | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 8.873.600 | $ 1.419.800 | $ 44.400 | $ 44.400 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.508.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 8.873.600 | $ 1.109.200 | $ 0 | $ 1.109.200 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 8.873.600 | 108484689 | $ 216.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1084846892 | QUENDI AZA LUCELY ALEXANDRA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 9.303.000 | | | | NO | | | | | | | C | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 9.303.000 | $ 1.488.500 | $ 46.600 | $ 46.600 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 1.581.700 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 9.303.000 | $ 1.162.900 | $ 0 | $ 1.162.900 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 9.303.000 | 108484689 | $ 226.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1084846892 | QUENDI AZA LUCELY ALEXANDRA | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 9.303.000 | | | | NO | | | | | | | R | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 0 | $ 429.400 | $ 68.700 | $ 2.200 | $ 2.200 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 73.100 | EPS002-SALUD TOTAL | 0 | $ 429.400 | $ 53.700 | $ 0 | $ 53.700 | 14-11 - ARL SURA | 0 | $ 429.400 | 108484689 | $ 10.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 138.000**

**Factura Electrónica de Venta LA 115**

LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA

**1084846892 - 0**

No Somos Grandes Contribuyentes

No Responsable de IVA

No Autorretenedor Impuesto de Renta

Autorización Numeración de Facturación: 18764085248786 de 12/12/2024

Vigente hasta 12/12/2026 - Prefijo: LA de la factura 86 a la 501

**CUFE** 7f106147bb6638d8385282395a521335afbdf27ff49498591d7e6677393a86281e05e66d7f58dc2d7cf6293f69b9e3e0

**SUBRED INEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**

NIT 900958564 - 9

Dirección: .CR 20 47B 35 SUR

Ciudad: Bogotá, Bogotá D.C, Colombia

Teléfono: (57601) 7300000 - Correo: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co

Vendedor: LUCELY ALEXANDRA QUENDI AZA

Fecha Factura: 15/02/2026 08:59:52

Fecha Expedición: 15/02/2026 08:59:59

Forma de Pago: Crédito - 30 Días

Fecha Vcto.: 17/03/2026

Medio de Pago: Acuerdo mutuo

| Nro. | Ítem (Código) | Descripción Ítem (Código) | UM | Cant. | Vlr. Unitario | IVA % | IVA (Unitario) | ICO | Vlr. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0001 | SERVICIO MEDICO PEDIÁTRICO | UNID | 1.00 | 22,184,000.00 | 0.00 | 0.00 | | 22,184,000.00 |

**Observaciones:**

HORAS MES DE FEBRERO DE 2026, HOSPITAL MEISSEN

HORAS ---------- 236
VALOR TOTAL --- $22.184.000

| | |
|---|---|
| Subtotal | 22,184,000.00 |
| Descuentos | 0.00 |
| IVA | 0.00 |
| ICO | 0.00 |
| **Total COP** | **22,184,000.00** |
| **Saldo Pendiente** | **22,184,000.00** |

**Total Nro. Líneas: 1**

**Vlr. Total:** VEINTIDOS MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL (PESOS COLOMBIANOS)

ESTABLECIMIENTO Persona

CRA 41 73 23 Tel (57605) 3106588340

Barranquilla, Atlántico, Colombia

**-COPIA-**

Impresa por LOGGRO, un software de Loggro S.A.S. NIT. 901361537-1 www.loggro.com

Proveedor Tecnológico Loggro S.A.S. NIT 901361537-1

El emisor de esta factura es responsable por la totalidad de los datos contenidos en ella.

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Enero 21-31 4166-2025 Lucely.pdf | Enero 21-31 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Febrero 4166-2025 Lucely.pdf | Febrero 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo 4166-2025 Lucely.pdf | Marzo 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 4166-2025 Lucely.pdf | Abril 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 4166-2025 Lucely.pdf | Mayo 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 4166-2025 Lucely.pdf | Junio 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 4166-2025 Lucely.pdf | Julio 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto 4166-2025 Lucely.pdf | Agosto 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Septiembre 4166-2025 Lucely.pdf | Septiembre 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Octubre 4166-2025 Lucely.pdf | Octubre 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Noviembre 4166-2025 Lucely.pdf | Noviembre 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Diciembre 4166-2025 Lucely.pdf | Diciembre 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Enero (2026) 4166-2025 Lucely.pdf | Enero (2026) 4166-2025 Lucely.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

ocgjzz2DRW

SMART SUR

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

# La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E. certifica que:

## LUCELY ALEXANDRA QUENDI

**1084846892**

Cumplió satisfactoriamente con la:

**INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN**

Para constancia se expide:

**16 de febrero de 2026**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur E.S.E.

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE
SALUD
BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**LISTA DE ASISTENCIA INSTITUCIONAL**

CA-FT-01 V5

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA: | 14-02-26 | HORA DE INICIO: | 22+30 | HORA DE TERMINACIÓN: | 23+40 | LUGAR: | Sala de partos |
| REUNIÓN ☐ MESA DE TRABAJO ☐ CAPACITACIÓN ☒ OTRO ☐ Reanimación Neonatal. | | TEMA: | Reanimación Neonatal | | | RESPONSABLE: | ALEXANDRA DOCOUDÍ |

| | NOMBRE Y APELLIDO | No. DOCUMENTO | DEPENDENCIA | USS | CARGO | CORREO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Camila Reyo. | 1000782080 | Sala Partos | Meissen. | Enfermera | // | CR. |
| | Karen Tobar | 1074136852 | Sala Partos | Meissen | Aux. Enfermería | — — — | Karen T |
| | ERIKA MARTINEZ | 53044906 | SALA PARTOS | MEISSEN | AUX ENFERMERÍA | — — | ERIKA MC |
| | ROSIRIO VELOSO | 1000331116 | CONSULTORIO | MEISSEN | ENFERMERA | | ROSIRIO V |
| | Heidy Padilla | 52289962 | Sala Partos | Meissen | Aux enfermera | — • — | H P R |
| | ERIKA RICO | 1033749840 | salas partos | meissen | Aux Enfermera | — ce | ERIKA RICO |
| | Nicole Padron | 1001174027 | Ginecología | Meissen | Interna | — // — | |
| | Manuel Cruz | 1010054616 | G y O | Meissen | Estudiante | — | |
| | Gabriela González | 1016944137 | G y O | Meissen | Estudiante | — | |
| | Diego Padilla | 1000064222 | GYO | meissen | estudiante | — | |
| | Yerenalo Jaramillo | 45535240 | pediatría | Meissen | Pediatra | | |
| 12 | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141156255761

(415)7707212489984(8020) **000014115625576 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 8 4 8 4 6 8 9 2 | 0 | Impuestos de Barranquilla 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 8 4 8 4 6 8 9 2 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Nariño 5 2 | Contadero 2 1 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| QUENDI | AZA | LUCELY | ALEXANDRA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Atlántico 0 8 | Barranquilla 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 41 73 23

42. Correo electrónico alexaquendi@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 2 0 6 7 6 4 2 5 7 | 3 1 0 6 5 8 8 3 4 0 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 6 2 1 | 2 0 1 3 1 2 0 5 | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 1 6 | 4 7 | 5 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

16- Obligación facturar por ingresos bienes

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

52 - Facturador electrónico

## Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

## Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre QUENDI AZA LUCELY ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141156255761

(415)7707212489984(8020) **000014115625576 1**

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 8 4 8 4 6 8 9 2 | 0 | Impuestos de Barranquilla | 2 | |

**Características y formas de las organizaciones**

| | | |
|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 63. Formas asociativas | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados |
| 65. Fondos | 66. Cooperativas | 67. Sociedades y organismos extranjeros |
| 68. Sin personería jurídica | 69. Otras organizaciones no clasificadas | 70. Beneficio |

**Constitución, Registro y Última Reforma**

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | | |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | | |
| 79. Ciudad/Municipio | | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

**Composición del Capital**

| | |
|---|---|
| 82. Nacional | % |
| 83. Nacional público | % |
| 84. Nacional privado | % |
| 85. Extranjero | % |
| 86. Extranjero público | % |
| 87. Extranjero privado | % |

**Entidad de vigilancia y control**

88. Entidad de vigilancia y control

**Estado y Beneficio**

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 2 5 | 2 0 2 5 0 1 0 1 | | - |
| 2 | | Año Mes Día | | - |
| 3 | | Año Mes Día | | - |
| 4 | | Año Mes Día | | - |
| 5 | | Año Mes Día | | - |

**Vinculación económica**

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO