

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

| | | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|---------------|--|-------------------------------|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2026-03-01 | Hasta: | 2026-03-31 |
| Nombre del Contratista: | YEINER STIVENSON BARRETO GORDILLO | | Número de Documento: | 1022964121 |
| Correo Electrónico: | yeiner_17@hotmail.com | | Número Telefónico: | 3102636824 |
| Nombre del Supervisor: | HECTOR JAVIER QUITONES ALBARRACIN | Cargo: | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | Código Grado: - 009-05 |

DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|------|------------------------------|-----|
| No. Contrato: | 1715-2026 | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 253 |
| Perfil: | AUXILIAR EN ENFERMERIA | | | | |
| 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 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|--|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| J02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 168 | 0 | 13900 | \$2335200 | 90.8% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 2335200 | DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS | | | | | |

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|--|----------------------------|--|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2026-01-26 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | ENERO | \$ 667200 | |
| 2 | FEBRERO | \$ 2168400 | |
| 3 | MARZO | \$ 2335200 | |

| | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 13691700 | \$ 13691700 | \$ 5170800 | \$ 8520900 |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|
| 1 | 1. Desarrollar actividades de apoyo asistencial propias del perfil de auxiliar de enfermería, conforme a la Lex Artis, de acuerdo con las necesidades del servicio definidas por la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., y en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable. | -Recibo y entrega de turno revision de la historia clinica electronica registro de actividades de cada uno de los paciente asignados |
| 2 | 2. Ejecutar acciones 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 a los usuarios, sus familias y la comunidad, según el contexto asistencial en el que se desarrollen las actividades contratadas. | -Participar en la educacion del paciente y cuidador sobre habitos de la vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte medica. |
| 3 | 3. Registrar de manera completa, veraz y oportuna la información relacionada con las intervenciones realizadas, el plan de cuidados de enfermería y la evolución del paciente, en la historia clínica o en los registros institucionales definidos para tal fin, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a la normatividad vigente expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social o las autoridades competentes, e informar oportunamente al equipo asistencial las variaciones relevantes en la condición del paciente. | -Diligenciar de manera clara y oportuna los cuidados de enfermeria para cada paciente de acuerdo a su patologia y manejo clinico. |
| 4 | 4. Apoyar la elaboración, actualización y aplicación de formatos, guías, protocolos y procedimientos de enfermería, asegurando su correcta utilización, incluido el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, y el cumplimiento estricto de las normas universales de bioseguridad. | -la SUB RED SUR o entidades autorizadas por esta misma. |
| 5 | 5. Contribuir al proceso de alta temprana del paciente, mediante el fortalecimiento de conocimientos dirigidos al paciente y su familia en promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos derivados del tratamiento y de las recomendaciones médicas, dejando los registros correspondientes en la historia clínica y en los documentos institucionales dispuestos para ello. | -Participar en la educacion del paciente y la familia sobre el ambito de vida saludable y su autocuidado |
| 6 | 6. Desarrollar las demás actividades de apoyo asistencial propias del perfil contratado, que guarden relación directa con el objeto contractual y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de los servicios hospitalarios, conforme a la supervisión del contrato | -Asistencia al Profesional para la realizacion de actividades propias del servicio y la condicion clinica del paciente. |

| 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 | \$ 2168400 |
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2026 | FEBRERO | 2026 | 03 | 19 | 69161251 | - | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES CIENTOSESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS PESOS | | | |
| Item | | | | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
| Pensionado | | | | NO | PORVENIR | \$ 1750905 | \$ 280145 | \$ 282800 |
| Salud | | | | | SALUD TOTAL | | \$ 218863 | \$ 220900 |
| ARL | | | | 3 | SURA | | \$ 42652 | \$ 43100 |
| Caja de Compensación | | | | NO | | Total | \$ 508148 | \$ 546800 |
| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | | | | |
| Entidad Bancaria | BBVA COLOMBIA | | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0083002075 | | |
| HISTÓRICO | | | | | | | | |
| OBSERVACIÓN | | | | | USUARIO | FECHA | | |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | YEINER STEVENSON BARRETO GORDILLO | 2026-03-19 18:42:16 | | |
| RECHAZADO SUPERVISOR | | | | | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | 2026-03-22 16:07:42 | | |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | | | | | YEINER STEVENSON BARRETO GORDILLO | 2026-03-23 18:39:22 | | |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | | | | | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | 2026-03-25 16:25:45 | | |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | | | | | EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA | 2026-03-27 11:07:10 | | |
| 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 | 2026-04-13 20:21:28 | | |

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**

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1022964121 | YEINER STEVENSON BARRETO GORDILLO | caarrera 7 este 97 b 28 sur | 0000000 | yeiner_17@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO |
| UNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-------------------------------|---------------|-----------------|----------------------|--------------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (D/M/AÑO) | PLANTILLA | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (D/M/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS |
| | | | 69161251 | 19/03/2026 | 1 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSION | TIPO PLANILLA | TOTAL NOMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-02 | 2026-02 | I | \$0 | \$546,800 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----------------|-------------|------------------------|---------------|---------------|---------------------|-----------|------------|------------|-----------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | Licencia Maternidad | Dias Mora | Valor Mora | Cotización | Valor UPC | Total a Pagar |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 218,900 | 0 | 0 | 0 | 14 | 2,000 | 0 | 0 | 220,900 |

| TOTALES PENSION | | | | | | | | | | | |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario | Aporte Voluntario | Aporte Voluntario | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subistencia | Dias Mora | Valor Mora | Total a Pagar |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280,200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 2,600 | 282,800 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|----------|-------------|------------|---------------|---------------|------------|-----------|------------|------------|----------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización | Incapacidades | Aportes Otros | Valor Neto | Dias Mora | Cotización | Valor Mora | Subtotal | Total a Pagar |
| 14-11 | ARL SURA | 899093790-5 | 42,700 | | | 42,700 | 14 | 400 | 43,100 | 43,100 | 43,100 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|--|--|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | | | | |
| | | | | | | | 1 | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Dias Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 0 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | |
| 0 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| 0 | 14 | 0 | 0 | 0 |
| MEN | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | | |
|------------------------|----------------|-------------------------------------|----------------|--|
| Tipo Administradora | No. Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, RFP y Mora | Total a Pagar | |
| Salud | 1 | 218,900 | 220,900 | |
| Pensión | 1 | 280,200 | 282,800 | |
| Riesgos Laborales | 1 | 42,700 | 43,100 | |
| CCF | 0 | 0 | 0 | |
| ESAP | 0 | 0 | 0 | |
| ICBF | 0 | 0 | 0 | |
| MEN | 0 | 0 | 0 | |
| SENA | 0 | 0 | 0 | |
| TOTALES | 3 | 541,800 | 546,800 | |

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 **Información general**

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

Porcentaje Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 **Ejecución del Contrato**

?Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No

9 Incumplimientos

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"/> CUENTA DE COBRO MES DE ENERO 2026 CONTRATO N° 1715-2026 | eneroye_yeiner_merged.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO 2026 CONTRATO N° 1715 -2026 | FEBRERO_YEINFE_merged.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> HOJA DE VIDA DE SIDEAP | 18.sideap hoja de vida.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |
| <input type="checkbox"/> DIPLOMA Y ACTA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA | CamScanner 19-03-2026 11_32.pdf | Proveedor | Descargar Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

mejora a nivel institucional y ciudad, en el marco de la Política Pública Distrital de Gestión Integral del Talento Humano. La información recolectada es confidencial, se analiza de forma agregada y contribuye al fortalecimiento del bienestar, la calidad de vida laboral y la gestión pública en el Distrito Capital.

Fecha inicio medición:

2026-02-27 07:00:00

Fecha fin medición:

2026-05-31 23:59:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento **(2026-03-18 13:43:29)**, por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

DEPARTAMENTO
ADMINISTRATIVO DEL SERVICIO
CIVIL DISTRITAL

SOPORTE TÉCNICO

BOGOTÁ

sCYfEujfta



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

YEINER STEVENSON BARRETO GORDILLO

1022964121

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

ADMINISTRACION DEL RIESGO

con una intensidad horaria de 08 horas.

Para constancia se expide:

23 de marzo de 2026