



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"/> NOVIEMBRE JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	NOVIEMBRE JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DICIEMBRE JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	DICIEMBRE JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ENERO JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	ENERO JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> PS 8060 2025.pdf	PS 8060 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> AD 2 PS 8060 2025.pdf	AD 2 PS 8060 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> FEBRERO JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	FEBRERO JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> hojaDeVida_1775872064467_1033815703.pdf	hojaDeVida_1775872064467_1033815703.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> MARZO JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	MARZO JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO JESICA RUBIO.pdf	DIPLOMAS Y ACTAS DE GRADO JESICA RUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> AD 3 PS 8060 2025.pdf	AD 3 PS 8060 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ABRIL JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	ABRIL JESICA RUBIO 8060-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> ARL JESICA RUBIO.pdf	ARL JESICA RUBIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2026-05-01	Hasta:	2026-05-31
Nombre del Contratista:	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO		Número de Documento:	1033815703
Correo Electrónico:	jprubio@fucsalud.edu.co		Número Telefónico:	3172770018
Nombre del Supervisor:	NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA	Cargo:	DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8060-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1847
Perfil:	TECNÓLOGO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
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
V02TP656	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS TUNAL	186	4	13900	\$2641000	127.2%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2641000	DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y UN MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-01			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-27	2026-01-09	1	\$ 2013805	1939
2	2026-01-02	2026-03-31	2	\$ 5833784	8
3	2026-03-02	2026-04-30	3	\$ 2681451	440
4	2026-04-24	2026-05-31	4	\$ 1834800	925
5	2026-05-15	2026-06-30	5	\$ 2563719	1054
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO				
1	NOVIEMBRE	\$ 1719102		
2	DICIEMBRE	\$ 1830732		
3	ENERO	\$ 1875384		
4	FEBRERO	\$ 2009340		
5	MARZO	\$ 1834800		
6	ABRIL	\$ 2335200		
7	MAYO	\$ 2641000		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 2076318		\$ 17003877	\$ 14245558	\$ 2758319
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	
1	1. Prestar servicios como tecnólogo en Atención Prehospitalaria para el programa de traslado asistencial de pacientes y la atención prehospitalaria, durante el tiempo requerido para satisfacer las necesidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.	-Se cumple con las actividades dedicadas por la coordinación del program	-Libro de novedades, libro de recibo y entrega de turno	
2	2. Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos, atenciones, traslados y despachos dados por la Dirección de Urgencias y Emergencias en Salud (DUES) y por el Centro Regulador de urgencias y Emergencias (CRUE), garantizando la oportunidad, pertinencia, calidad y continuidad de la atención prehospitalaria durante los procesos de valoración, evaluación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos, guías, instructivos y protocolos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la atención de pacientes del programa de atención Prehospitalaria.	-Se reciben los despachos generados por la CRUE, presentando oportunidad en la atención de pacientes bajo los lineamientos establecidos	-registro de atención, bitácora de traslados	
3	3. Cumplir con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas, carné de la Subred y de Misión Médica) durante el desarrollo de las actividades contractuales.	-Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas	Se realiza la entrega y recibo de turno en los tiempos establecidos para esta actividad, así mismo se reportan las novedades presentadas	

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	<p>4. Dar un correcto y adecuado uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet incluyendo cargadores y equipos de radiocomunicaciones y sus accesorios) asignados a las unidades móviles adscritas al programa de atención prehospitalaria para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder del programa o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros asistenciales de traslados y/o atenciones (no mayor a 2 horas), módulos de reportes, solicitud de insumos medico quirúrgicos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención Pre-Hospitalaria, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades.</p>	<p>Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil, de igual forma se realiza el kardex diario de los insumos</p>	<p>-formato de inventario mensual y de kardex</p>
5	<p>5. Cumplir con las indicaciones del referente de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la subdirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado.</p>	<p>-se acatan y se realizan los procedimientos ordenados por el medico de la tripulacion y/o el medico regulador</p>	<p>-registros de atencion, libro de novedades</p>
6	<p>6. Revisar de manera mensual mediante el módulo de inventario de la aplicación los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, apoyar al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inventario mensual, registro de bitácoras, registros asistenciales durante el mes los diferentes formatos implementados en la aplicación) y revisión del cumplimiento de las mismas.</p>	<p>-Se realizan los inventarios mensuales de los insumos y elementos de la móvil, de igual forma se realiza el kardex diario de los insumos -formato de inventario mensual y de kardex</p>	<p>-formato de inventario</p>

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	7. Cumplir y asistir a la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias (capacitación) del programa de atención Prehospitalaria programados por la DUES, la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., y/o las convocadas por la unidad funcional APH Sur.	-se cumple con actividades relacionadas en el proceso	-informe
8	8. Hacer gestión oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad, garantizando que la unidad móvil no permanezca en la institución hospitalaria más de 3 horas.	-Se realizar la oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad,y se garantiza que la unidad móvil no permanece en la institución hospitalaria más de 3 horas	-Se realizar la oportuna para la liberación de la camilla retenida en las diferentes IPS de la ciudad,y se garantiza que la unidad móvil no permanece en la institución hospitalaria más de 3 horas.
9	9. Realizar un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el día y tres (3) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante la actividad de la noche. Esta obligación es fundamental para garantizar la eficiencia y la continuidad del servicio de emergencias médicas.	-Se realizó un mínimo de cuatro (4) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante las actividades en el día y tres (3) atenciones, traslados o despachos de pacientes durante la actividades de la noche	-registros de atención, libro de novedades
10	10. Reportar al líder del servicio de traslado de pacientes y de la atención prehospitalaria o a quien el designe, el inicio de la operación del vehículo de emergencias y las novedades que se presenten durante el desarrollo de las actividades, garantizando el tiempo efectivo de la operación para el cumplimiento de los indicadores del convenio.	-Se realiza reporte mensual al líder del programa de atención prehospitalaria o a quien el designe cada atención, valoración o despacho al que sea direccionado por el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud para llevar el control exacto por cada colaborador para hacer auditoría del cumplimiento de la obligación	-Registros de atención, libro de novedades
11	11. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se asisten a las reuniones programadas por la coordinación de APH	-lista de asistencial

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	\$ 2335200	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2026	ABRIL	2026	05	25	76574763	-			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO		PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud						EPS SURA		\$ 218863	\$ 218900
ARL				4		SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 0	\$ 0
Caja de Compensación				NO			Total	\$ 508148	\$ 499100
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	456870075417		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN				USUARIO			FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JESSICA LOBELO	PAOLA	RUBIO	2026-05-24 09:01:50		
RECHAZADO SUPERVISOR				NESTOR ZULUAGA	RAUL	VALERO	2026-05-26 13:28:23		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JESSICA LOBELO	PAOLA	RUBIO	2026-05-27 05:31:55		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				JESSICA LOBELO	PAOLA	RUBIO	2026-05-27 05:34:37		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				NESTOR ZULUAGA	RAUL	VALERO	2026-05-27 10:31:12		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA ALBERTO	LOZANO		2026-05-29 12:55:23		
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 ALBERTO	LOZANO		2026-06-12 05:56:05		

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.



NESTOR RAUL VALERO ZULUAGA
DIRECTOR TECNICO DE URGENCIAS

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033815703	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO		Calle 28 # 31 - 57 e	0000000	jesiii.lobelo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76574763	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$506.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	20	3.200	0	222.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	280.200	0	0	0	0	20	4.100	0	284.300	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	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	218.900	222.100
Pensión	1	280.200	284.300
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	499.100	506.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033815703	JESICA PAOLA RUBIO LOBELO		Calle 28 # 31 - 57 e	0000000	jesiii.lobelo@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76574763	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$506.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																																									
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																								
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Calom. exonerar	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TAP	SP	SP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN								
1	CC 1033815703	RUBIO LOBELO JESICA PAOLA		3	0			N															230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900		0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA