



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

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

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contrato

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ 01 TECNICO EN AXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	01 TECNICO EN AXILIAR DE ENFERMERIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 02_HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	02_HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 4023-2026 FEBRERO CENTRO DE SALUD MARICHUELA.pdf	CTO 4023-2026 FEBRERO CENTRO DE SALUD MARICHUELA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 4023-2026 MARZO CENTRO DE SALUD MARICHUELA.pdf (Archivado)	CTO 4023-2026 MARZO CENTRO DE SALUD MARICHUELA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 1. HEPATITIS B.pdf	1. HEPATITIS B.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 2. INFLUENZA.pdf	2. INFLUENZA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CTO 4023-2026 MARZO CENTRO DE SALUD MARICHUELA (2).pdf	CTO 4023-2026 MARZO CENTRO DE SALUD MARICHUELA (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ PS 4023 2026.pdf	PS 4023 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
CTO 4023-2026 ABRIL CENTRO DE SALUD VISTA HERMOSA.pdf (Archivado)	CTO 4023-2026 ABRIL CENTRO DE SALUD VISTA HERMOSA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 4023-2026 ABRIL CENTRO DE SALUD VISTA HERMOSA (1).pdf (Archivado)	CTO 4023-2026 ABRIL CENTRO DE SALUD VISTA HERMOSA (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
CTO 4023-2026 ABRIL CENTRO DE SALUD VISTA HERMOSA..pdf (Archivado)	CTO 4023-2026 ABRIL CENTRO DE SALUD VISTA HERMOSA..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
4023-2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf (Archivado)	4023-2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 4023-2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf.pdf	4023-2026 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026..pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ CertificadoAfiliadoARL_20260527172502.pdf	CertificadoAfiliadoARL_20260527172502.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ 4023-2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	4023-2026 CUENTA DE COBRO MAYO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87012459	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$543.600	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	218.900	0		0		0	4	700	0	219.600	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	42.700				42.700	4	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1000577355	DIEGO ANDRES ALEJO TORRES		Calle 66 # 18 n 33 Sue	77777777	diegoalejoo007@gmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		87012459	16/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$543.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAE	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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 1000577355	ALEJO TORRES DIEGO ANDRES	59	0			N																230301	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS002	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-06-01	Hasta:	2026-06-30	
Nombre del Contratista:	DIEGO ANDRES ALEJO TORRES		Número de Documento:	1000577355	
Correo Electrónico:	diegoalejo007@gmail.com		Número Telefónico:	3112364696	
Nombre del Supervisor:	MARIA MARCELA MEZA FLOREZ	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	4023-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	407
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
A38VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS VISTA HERMOSA	161	0	12620	\$2031820	86.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2031820	DOS MILLONES TREINTA Y UN MIL OCHOCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2026-02-19		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2026-06-09	2026-08-31	1	\$ 4545774	1166
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 946500	
2		MARZO		\$ 2347320	
3		ABRIL		\$ 2347320	
4		MAYO		\$ 2347320	

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

www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	JUNIO	\$ 2031820	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 10484646	\$ 15030420	\$ 10020280	\$ 5010140
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 apoyo asistencial en calidad de Auxiliar de Enfermería, de manera autónoma y conforme a la Lex Artis, atendiendo las necesidades asistenciales de LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normatividad vigente aplicable.	-Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud según el perfil	-Programación por parte del profesional de enlace cronograma de procedimientos planillas de limpieza y desinfección
2	2.Desarrollar 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, a nivel individual, familiar y comunitario, conforme a los lineamientos técnicos definidos por la Entidad.	-Apoyo a la demanda inducida apoyo en los procedimientos de enfermería cumplir con protocolos de desinfección de los consultorio	-Charlas actas correos formatos de asistencia
3	3.Apoyar el registro de la información correspondiente a la atención brindada, incluyendo la intervención realizada y el plan de cuidados de Enfermería, de forma integral, secuencial, clara y oportuna, simultánea o inmediatamente después de la prestación del servicio, conforme a la normatividad vigente, en especial la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen o sustituyan.	-Realizar oportunamente las notas de enfermería en las historias clínicas de cada usuario teniendo en cuenta todas las normas y protocolos	-Historia clínica DINAMICA
4	4.Contribuir técnicamente a la elaboración, revisión o actualización de formatos, guías, protocolos y procedimientos de Enfermería, cuando sea requerido, así como al diligenciamiento del consentimiento informado en los casos aplicables, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-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	-Bases de datos
5	5.Apoyar técnicamente la identificación, caracterización, orientación, seguimiento y canalización de los usuarios a las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores sanitarios relacionados con el servicio.	-Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud y las RIAS	-Resolución de casos y disminución de quejas

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Ejecutar otras actividades propias del perfil de Auxiliar de Enfermería, siempre que guarden relación directa con el objeto del contrato y contribuyan al cumplimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E"	-Resolución de casos y disminución de quejas	-Mesa de ayuda GLPI notificación de evento adverso correos electrónicos

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	\$ 2347320	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	87012459	-			
2026	MAYO	2026	06	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1750905	\$ 280145	\$ 280200
Salud					SALUD TOTAL EPS S.A.			\$ 218863	\$ 218900
ARL					3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 42652	\$ 42700
Caja de Compensación					NO		Total	\$ 508148	\$ 541800
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria		NU COLOMBIA			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	88124501	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN						USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						DIEGO ANDRES ALEJO TORRES		2026-06-18 11:22:32	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						DIEGO ANDRES ALEJO TORRES		2026-06-18 11:34:56	
RECHAZADO SUPERVISOR						MARIA MARCELA MEZA FLOREZ		2026-06-20 20:02:07	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES						DIEGO ANDRES ALEJO TORRES		2026-06-22 09:26:34	
ACEPTADO SUPERVISIÓN						MARIA MARCELA MEZA FLOREZ		2026-06-22 10:48:18	
ACEPTADO CONTRATACIÓN						ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2026-06-24 14:28:54	
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		2026-07-14 17:32:51	

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.

A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and vertical strokes, positioned above a solid horizontal line.

MARIA MARCELA MEZA FLOREZ
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS AMBULATORIOS