

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                              |                 |                    |                     |                     |            |                       |           |
|-----------------------------------|---------|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | dv      | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 1022340156                     |         | MONROY BRIÑEZ DERLY KATERINE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 37 sur 871 48 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3192420769 | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                              |                 |                    |                     |                     |            |                       |           |
| Periodo                           |         | Clave                        |                 | Tipo               | Fecha               |                     | Pago       |                       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago                         | Planilla        | Planilla           | Limite              | Pago                | Banco      | Dias Mora             | Valor     |
| 2025-04                           | 2025-04 | 1507393372                   | 9485213591      | I                  | 2025/05/14          | 2025/05/26          | NEQUI      | 12                    | \$444,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |            |              |       |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|--------------------------------------------------|----------------|------------|--------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                         |                |            | PENSION      |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                              | Identificación | Nombres    | Codigo       | Dias  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC         | Aporte      | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |            |              |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: Principal ( 1 Afiliados)      |                |            |              |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |            |              |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                | CC             | 1022340156 | MONROY DERLY | 25-14 | 30          | \$1,423,500 | \$227,800 | EPS008 | 30          | \$1,423,500 | \$178,000 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$1,423,500 | \$34,700     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |            |              |       | \$1,423,500 | \$227,800   |           |        | \$1,423,500 | \$178,000   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$1,423,500 | \$34,700    |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                     |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1022340156                 |    | MONROY BRIÑEZ DERLY KATERINE | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 37 sur 871 48 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3192420769 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |  |            |          |            |            |       |           |
|-----------------------------------|---------|------------|--|------------|----------|------------|------------|-------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |       |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco | Valor     |
| 2025-04                           | 2025-04 | 1507393372 |  | 9485213591 | I        | 2025/05/14 | 2025/05/26 | NEQUI | \$444,000 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$227,800       | \$1,800        | \$0                    | \$229,600     |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$227,800       | \$1,800        | \$0                    | \$229,600     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$34,700        | \$300          | \$0                    | \$35,000      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$34,700        | \$300          | \$0                    | \$35,000      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$178,000       | \$1,400        | \$0                    | \$179,400     |  |
| COMPENSAR                | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$178,000       | \$1,400        | \$0                    | \$179,400     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$440,500       | \$3,500        | \$0                    | \$444,000     |  |



Aumentar el contraste



UTC -5 14:04:04  
DERLY MONROY



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



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                                                 |
|--------------------------|----------------|--------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ENERO 2025.pdf | ENERO 2025.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | FEB 2025.pdf   | FEB 2025.pdf       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | MARZO 2025.pdf | MARZO 2025.pdf     | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | ABR 2025.pdf   | ABR 2025.pdf       | Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a> |

Datos guardados

Borrar

Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Ayuda

Español (Colombia) ▾

018000-52-0808 [www.colombiacompra.gov.co/soporte](http://www.colombiacompra.gov.co/soporte) Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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

|                          |
|--------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORME</b> |
|--------------------------|

|                         |                              |            |           |                      |            |
|-------------------------|------------------------------|------------|-----------|----------------------|------------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                       | 2025-05-01 | Hasta:    | 2025-05-31           |            |
| Nombre del Contratista: | DERLY KATERINE MONROY BRIÑEZ |            |           | Número de Documento: | 1022340156 |
| Correo Electrónico:     | derlykmonroy03@gmail.com     |            |           | Número Telefónico:   | 3192420769 |
| Nombre del Supervisor:  | LENI RODRIGUEZ MORALES       | Cargo:     | ENFERMERO | Código - Grado:      | 243-20     |

|                           |
|---------------------------|
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b> |
|---------------------------|

|                               |                                                                             |               |      |                       |    |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|----|
| No. Contrato:                 | 2910-2025                                                                   | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 28 |
| Perfil:                       | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO -AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA |               |      |                       |    |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS                                         |               |      |                       |    |
| Unidad de Servicios:          | USS TUNAL                                                                   |               |      |                       |    |

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b> |
|---------------------------------|

| Centro de Costos             | Dirección                           | Unidad                                                            | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procetaje(%) Centro de Costos |
|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|-------------------------------|
| V02TS                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | TRASLADO SECUNDARIO                                               | 180          | 0                        | 10257      | \$1846260 | 96.8%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1846260                          | UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS |              |                          |            |           |                               |

|                                            |
|--------------------------------------------|
| <b>EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b> |
|--------------------------------------------|

|                                     |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-01-21          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-09-20 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | ENERO               | \$ 615420                                 |            |
| 2                                   | FEBRERO             | \$ 1353924                                |            |
| 3                                   | MARZO               | \$ 1230840                                |            |
| 4                                   | ABRIL               | \$ 1846260                                |            |
| 5                                   | MAYO                | \$ 1846260                                |            |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|

| \$ 15262416                                             |                                                                                                                                                                                                                                                     | \$ 15262416                                                                                                                                                                                                                                           | \$ 6892704                                       | \$ 8369712 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                            | PRODUCTO O EVIDENCIA                             |            |
| 1                                                       | 1. Prestar servicios apoyo administrativo y logístico auxiliar (SIRC) Referencia y contrarreferencia para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, garantizando la continuidad, oportunidad e integralidad en la atención del paciente. | -PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ADMINISTRATIVO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LA SUBRED SRUR , DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD                                                                                                                      | -CORREOS INSTITUCIONALES Y ENTREGAS DE NOVEDADES |            |
| 2                                                       | 2. Dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 4747 de 2007 que rige el proceso de referencia y contrarreferencia.                                                                                                                              | -DAR CUMPLIMIENTO AL DECRETO 4747 DE 2007 QUE RIGE EL PROGREGO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA                                                                                                                                                       | -LIBRO DE NOVEDADES Y BITACORAS                  |            |
| 3                                                       | 3. Realizar la presentación del paciente ante las diferentes entidades prestadoras de salud de manera oportuna y veraz, dejando registros de la gestión realizada en el aplicativo distrital SIRC.                                                  | -REALIZAR PRESENTACION DE PACIENTES ENTRE LAS DIFERENTES ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ,VERIFICANDO CON QUE SE CUENTE EN LA DOCUMENTACION E INFORMACION NECESARIA PARA HACER, PARA HACER EFECTIVO EL INICIO DE LA REMISION | -REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA                 |            |
| 4                                                       | 4. Hacer seguimiento de las solicitudes realizadas a cada paciente con la finalidad de dar cumplimiento a la misma (interconsultas, apoyos diagnósticos, referencias o traslados hospitalarios).                                                    | -HACER SEGUIMIENTO A LAS SOLICITUDES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON LA FINALIDAD DE DAR CUMPLIMIENTO A LA AUTORIZACION, REGISTRANDO EL TIEMPO DE CADA LLAMADA EN LA BITACORA ESTABLECIDA                                                              | -LIBRO DE NOVEDADES Y BITACORA                   |            |
| 5                                                       | 5. Reportar las solicitudes de procedimientos no ofertados al grupo de electivas en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Protección Social.                                                               | -REPORTAR LAS SOLICITUDES DE PROCEDIMIENTOS NO OFERTADOS AL GRUPO DE ELECTIVAS DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIZAR AL DERECHO A LA SALUD CON EL FIN DE REDIRECCIONAR AL PACIENTE SEGUN RESPUESTA DADA.                                                      | -REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA                 |            |
| 6                                                       | 6. Realizar entrega oportuna y veraz de los informes a los que haya lugar según solicitudes.                                                                                                                                                        | -SE REALIZAN Y SE ENTREGAN OPORTUNA Y EVAZMENTE LOS INFORMES A LOS QUE HAYA LUGAR SEGUN SOLICITUDES EN LAS DIFERENTES AREA INTERNAS Y ENTES EXTERNOS                                                                                                  | - INFORMES ENTREGADOS Y SOLICITADOS              |            |
| 7                                                       | 7. Diligenciar diariamente de manera oportuna las bases y aplicativos que soliciten información de la gestión realizada, generar reporte en el aplicativo distrital SIRC la ocupación de camas según la unidad en la que se encuentre asignado.     | -DILIGENCIAR DIARIAMENTE DE MANERA OPORTUNA LAS BASES Y APLICATIVOS QUE SOLICITEN INFORMACION DE LA LABOR REALIZADA TALES COMO EL SIASUR Y EL SIRC ENTRE OTRAS                                                                                        | -BASES DE DATOS Y APLICATIVOS                    |            |
| 8                                                       | 8.Gestionar la recepción de pacientes en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.                                                                                                                            | -BASES DE DATOS Y APLICATIVOS                                                                                                                                                                                                                         | -POR MEDIO DEL CORREO INSTITUCIONAL              |            |
| 9                                                       | 9. Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.                                                                                             | -SE HACE CUMPLIMIENTO CON LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA SUBRED SUR                                                                                                                                                                                | -ASISTIENDO A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES     |            |

| 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 |                     | \$ 1846260 |
| AÑO                                                     | MES                           | AÑO           | MES | DÍA | 9485213591                                                        | -                          |                                                  |                     |            |
| 2025                                                    | ABRIL                         | 2025          | 05  | 26  |                                                                   |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                               |               |     |     | UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SESENTAPESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                    |                               |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                           | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                              |                               |               |     | NO  | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES               | \$ 1423500                 | \$ 227760                                        | \$ 227800           |            |
| Salud                                                   |                               |               |     |     | COMPENSAR                                                         |                            | \$ 177938                                        | \$ 178000           |            |
| ARL                                                     |                               |               |     | 3   | SURA                                                              |                            | \$ 34676                                         | \$ 34700            |            |
| Caja de Compensación                                    |                               |               |     | NO  |                                                                   | Total                      | \$ 413129                                        | \$ 440500           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                               |               |     |     |                                                                   |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        | BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                                    | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 24097298535         |            |
| HISTÓRICO                                               |                               |               |     |     |                                                                   |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |                               |               |     |     | USUARIO                                                           |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                               |               |     |     | DERLY KATERINE MONROY BRIÑEZ                                      |                            |                                                  | 2025-05-26 14:13:25 |            |
| RECHAZADO SUPERVISOR                                    |                               |               |     |     | LENI JUDITH RODRIGUEZ MORALES                                     |                            |                                                  | 2025-05-26 14:27:56 |            |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                 |                               |               |     |     | DERLY KATERINE MONROY BRIÑEZ                                      |                            |                                                  | 2025-05-27 14:34:37 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                               |               |     |     | LENI JUDITH RODRIGUEZ MORALES                                     |                            |                                                  | 2025-05-27 16:52:51 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                               |               |     |     | EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA                                       |                            |                                                  | 2025-05-29 10:15:09 |            |

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.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leni R. Morales', with a stylized flourish at the end.

**LENI RODRIGUEZ MORALES**  
**ENFERMERO**