aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53133166		IMBACHI OME SONIA LUBID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL60A#1A-27	SOACHA-CUNDINAMARCA	5789791	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000281	9487678726	I	2025/07/15	2025/06/27	BANCO DE BOGOTA	0	$220,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$711,750	$113,900			$711,750	$89,000			$0	$0			$711,750	$17,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$711,750	$113,900			$711,750	$89,000			$0	$0			$711,750	$17,400		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$711,750	$113,900			$711,750	$89,000			$0	$0			$711,750	$17,400		$0	$0
1	CC 53133166	IMBACHI SONIA	231001	15	$711,750	$113,900	EPS010	15	$711,750	$89,000		0	$0	$0	14-11	15	$711,750	$17,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$711,750	$113,900			$711,750	$89,000			$0	$0			$711,750	$17,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53133166		IMBACHI OME SONIA LUBID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL60A#1A-27	SOACHA-CUNDINAMARCA	5789791	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1000000281	9487678726	I	2025/07/15	2025/06/27	BANCO DE BOGOTA	0	$220,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,900	$0	$0	$113,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$113,900	$0	$0	$113,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,400	$0	$0	$17,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$17,400	$0	$0	$17,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$89,000	$0	$0	$89,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$89,000	$0	$0	$89,000
TOTAL				1	$220,300	$0	$0	$220,300

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:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-14	
Nombre del Contratista:	SONIA LUBID IMBACHI OME		**Número de Documento:**	53133166	
Correo Electrónico:	sonialubid@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3208135191	
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	**Cargo:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4456-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	ENFERMERO				
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
C01ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	84	0	21230	$1783320	90.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1783320**	**UN MILLON SETECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-22	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 1401180	
2	FEBRERO	$ 3948780	
3	MARZO	$ 4330920	
4	ABRIL	$ 4076160	
5	MAYO	$ 3821400	

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

© Siasur - 2025

$ 31590240	$ 31590240	$ 17578440	$ 14011800

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 perfil Enfermero(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-CUMPLIR CON EL OBJETIVO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR QUE ESTE ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUBRED SUR	-HISTORIA CLINICA
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	- 2. DAR INDICACIONES A LOS USUARIOS ACERCA DEL PLAN DE TRATAMIENTO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA Y EL EGRESO	- HISTORIA CLINICA - PLAN DE CIUDADOS
3	.3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya)	-3. REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA DEL SISTEMA ESTABLECIDO O FISICO EL TRATAMIENTO ADMINISTRADO AL USUARIO Y NOVEDADES SI HAY LUGAR A ELLAS	- HISTORIA CLINICA-AUDITORIAS
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad	-4. PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE PROTOCOLOS, GUIAS Y DEMAS, DE FORMA ACTIVA Y CON COMPROMISO	-FORMATOS-GUIAS-PROTOCOLOS - PROCEDIMIENTOS
5	5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución	- 5. APLICAR CONOCIMIENTOS PROFESIONALES EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, APLICANDO LOS 10 CORRECTOS	- HISTORIA CLINICA
6	6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud.	- 6. ACTUALIZARSE EN LAS RUTA PARA LOGRAR ORIENTAR A LOS USUARIOS	- HISTORIA CLINICA-AUDITORIAS
7	7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya.	-7. PARTICIPAR EN LA REVISTA MEDICA Y VALORACION A LOS PACIENTES DE LAS DIFERENTES DISCIPLINAS	- REVISTA MEDICA
8	8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales.	-8. REALIZAR LA REVISION DEL CARRO DE PARO SEGUN CORESPONDA EL CRONOGRAMA LOS 5 PRIMEROS DIAS DE CADA MES	- CARPETA FORMATOS CARRO DE PARO INSTITUCIONAL

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya	-9. VERIFICAR LOS REGISTROS DE ENFERMERIA Y HACER RETROALIMENTACION DE LOS MISMOS	- EVALUCION-AUDITORIA DE HISTORIA CLINICA
10	10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	- 10. APOYAR EN LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS EN LA INSTITUCION PARA EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO	- ESTABLECIDA POR LA INSTITUCION

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**	$ 3821400
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9487501316	-		
2025	**MAYO**	**2025**	**06**	**16**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS PESOS**						
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	COLFONDOS	$ 1528560	$ 244570	**$ 244600**
Salud					SURA		$ 191070	**$ 191100**
ARL				3	SURA		$ 37236	**$ 37300**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 443619**	**$ 473000**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	570104638

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	SONIA LUBID IMBACHI OME	2025-06-23 09:43:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	2025-06-23 13:18:58
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-06-24 15:53:03

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.



IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO