

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010231499		GONZALEZ CARVAJAL JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 48 p bis c sur # 3 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143721205	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1869639129	9492859889	I	2025/10/23	2025/10/22	NEQUI	0	\$440,500

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)					\$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	1010231499	GONZALEZ JUAN	230301	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	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 1010231499		GONZALEZ CARVAJAL JUAN SEBASTIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 48 p bis c sur # 3 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143721205	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1869639129	9492859889	I	2025/10/23	2025/10/22	NEQUI	0	\$440,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$34,700	\$0	\$0	\$34,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$440,500	\$0	\$0	\$440,500	



- 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 Contra..
- 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"/> ARL SURA 1010231499 CTO 6095-2025.pdf	ARL SURA 1010231499 CTO 6095-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta Julio contrato 6095-2025 (1).pdf	Cuenta Julio contrato 6095-2025 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta Agosto contrato 6095-2025.pdf	Cuenta Agosto contrato 6095-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/> Cuenta Septiembre contrato 6095-2025.pdf	Cuenta Septiembre contrato 6095-2025.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:	2025-10-01	Hasta:	2025-10-31
Nombre del Contratista:	JUAN SEBASTIAN GONZALEZ CARVAJAL		Número de Documento:	1010231499
Correo Electrónico:	sg873984@gmail.com		Número Telefónico:	3143721205
Nombre del Supervisor:	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	Cargo:	ENFERMERO	Código - Grado: 243-09

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6095-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
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
J04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	168	0	11519	\$1935192	90.3%
J07ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	0	36	11519	\$414684	19.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2349876	DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-07-08			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-08-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 4165270	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 3304560	1767
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	JULIO			\$ 1313166	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2	AGOSTO	\$ 1796964	
3	SEPTIEMBRE	\$ 2349876	
4	OCTUBRE	\$ 2349876	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3713726	\$ 11183556	\$ 7809882	\$ 3373674

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) 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 garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes	-cumplir con el objeto del contrato según las necesidades de los usuarios	-Minimizar riesgo de caídas
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.	--brindar información acerca de la seguridad de los usuarios y el manejo de residuos	-Registro en la historia clínica
3	Registrar en la historia clínica la información de la intervención al paciente, plan de cuidados de enfermería, simultánea o inmediatamente después de su realización, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolución 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique, sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-Registrar los procedimientos y plan de manejo de forma oportuna	-Registro de procedimientos en la historia clínica
4	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.	-informar de manera clara los usuarios sobre los procedimientos y aclarar dudas	-Firmar planillas donde queda evidencia de lo informado
5	Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y lo documentos destinados por la institución	-informar de manera clara a los usuarios sobre procedimientos y aclarar dudas	-Historia clínica
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-disponibilidad para las actividades	-Desarrolladas por la institución

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	\$ 2349876
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	22	9492859889	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					SÁNTITAS		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta	de	0550488411493973		
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN			USUARIO		FECHA			
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			JUAN SEBASTIAN GONZALES CARAVAJAL		2025-10-23 02:14:12			
ACEPTADO SUPERVISIÓN			IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-10-24 16:37:36			
RECHAZADO CONTRATACIÓN			MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-10-27 13:01:33			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			JUAN SEBASTIAN GONZALES CARAVAJAL		2025-10-29 12:07:04			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES			JUAN SEBASTIAN GONZALES CARAVAJAL		2025-10-29 13:20:21			
ACEPTADO SUPERVISIÓN			IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-10-29 16:13:53			
ACEPTADO CONTRATACIÓN			MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-10-31 12:55:01			
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		2025-11-18 12:42:10			

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

**IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO**