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		
☐	INFORME ENERO 2025, CTO No.-2183 25.pdf	INFORME FEBRERO 2025, CTO No.-2183 25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME FEBRERO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME FEBRERO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MARZO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME MARZO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME ABRIL 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME ABRIL 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MAYO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME MAYO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JUNIO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME JUNIO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JULIO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME JULIO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME AGOSTO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME AGOSTO 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME SEPTIEMBRE 2025, CTO No.2183-2025.pdf	INFORME SEPTIEMBRE 2025, CTO No.2183-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 1069731913		SEGURA GONZALEZ ANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 17 #25-25	SOACHA-CUNDINAMARCA	7300000	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	1000002530	9491977150	I	2025/10/03	2025/10/14	BANCO DE BOGOTA	11	$443,600

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: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1069731913	SEGURA ANA	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	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

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 1069731913		SEGURA GONZALEZ ANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra. 17 #25-25	SOACHA-CUNDINAMARCA	7300000	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	1000002530	9491977150	I	2025/10/03	2025/10/14	BANCO DE BOGOTA	11	$443,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$1,600	$0	$229,400
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	$1,200	$0	$179,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$178,000	$1,200	$0	$179,200
TOTAL				1	$440,500	$3,100	$0	$443,600

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:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31	
Nombre del Contratista:	ANA ISABEL SEGURA GONZALEZ		**Número de Documento:**	1069731913	
Correo Electrónico:	anaisa8590@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3213721017	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2183-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I20CGTN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	174	0	11519	$2004306	95.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2004306**	**DOS MILLONES CUATRO MIL TRESCIENTOS SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-11		**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	$ 4899082	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 2142534	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1935192
2	FEBRERO	$ 1658736
3	MARZO	$ 2418990

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 2211648
5	MAYO	$ 2349876
6	JUNIO	$ 1935192
7	JULIO	$ 2557218
8	AGOSTO	$ 2073420
9	SEPTIEMBRE	$ 2280762
10	OCTUBRE	$ 2004306

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 16733600	**$ 23775216**	**$ 21425340**	**$ 2349876**

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 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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, REVISION DE LA HITORIA CLINICA, REGISTRO DE ACTIVIDADES EN CADA UNO DE LOS PACIENTES ASIGNADOS.	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.	-PARTICIPAR EN LAS REVISTAS DE LOS PACIENTES ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA-
3	3). Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermerìa, 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), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente.	-ASISTENCIA EN EL AUTOCUIDADO, ALIMENTACION,ELIMINACION Y TODAS LAS ACTIVIDADES DE APOYO A LA CONDICION CLINICA DEL PACIENTE.	HISTORIA CLINICA-
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.	-REALIZAR PLANES DE CUIDADO CON EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA CON CADA UNO DE LOS PACIENTES DEACUERDO A SU PATOLOGIA Y REGISTRO EN EL TIEMPO REAL DE LA HISTORIA CLINICA.	-HISTORIA CLINICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	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 /o documentos destinados por la institución.	-APOYAR AL PERSONAL MEDICO Y PROFESIONAES DE ENFERMERIA EN TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CORRESPONDIENTESHACIENDO USO DE LOS ELEMNTOS DE BIOSEGURIDAD	HISTORIA CLINICA-
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-PARTICIPAR EN LA EDUCACION DEL PACIENTE Y CUIDADOS SOBRE HABITOS DE LA VIDA SALUDABLE, REFORZANDO LAS RECOMENDACIONES DE LA PARTE MEDICA	HISTORIA CLINICA-

© Siasur - 2025

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	$ 2280762
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9491977150	-		
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	14				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS SESENTA Y DOSPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1423500	$ 227760	**$ 229400**
Salud		SALUD TOTAL		$ 177938	**$ 179200**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 35000**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 443600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DE BOGOTÁ	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	000597922

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA ISABEL SEGURA GONZALEZ	2025-10-25 08:35:44
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-10-27 17:06:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANA ISABEL SEGURA GONZALEZ	2025-10-27 23:04:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-10-28 16:00:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-29 05:01:21
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 12:43:35

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.

LIZ AMANDA SIERRA PINEDA
ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20