compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **JENNY PAOLA MURCIA DAZA**, identificada con **CC** número **1024495923**, aportó por **JENNY PAOLA MURCIA DAZA**, identificado(a) con **CC** número **1024495923** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **89757232** para el periodo de salud **2025-09** y pensiones **2025-09** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | COTIZACIÓN Y/O APORTE | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Riesgos Laborales | 14-11 | ARL SURA | 890903790 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.423.500 | 0,02436 | 3 | $34.700 | Septiembre - 2025 | 89757232 | 10/10/2025 | N |
| Pensiones | 231001 | Colfondos | 800227940 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.423.500 | 0,16000 | | $227.800 | Septiembre - 2025 | 89757232 | 10/10/2025 | N |
| Salud | EPS005 | Sanitas EPS | 800251440 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.423.500 | 0,12500 | | $178.000 | Septiembre - 2025 | 89757232 | 10/10/2025 | N |

El presente certificado se expide a los 24 días del mes Octubre de 2025

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 2133-2025CENTA ENERO | polaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA FEBRERO | cuenta pao_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA MARZO | CUENTA PAOLA_merged (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA ABRIL | paol_pppp_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA MAYO | cuenta paola_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA JUNIO | ilovepdf_merged (3).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA JULIO | ilovepdf_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA AGOSTO | PAOA_PA_merged.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 2133-2025 CUENTA SEPTIEMBRE.pdf | 2133-2025 CUENTA SEPTIEMBRE.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Datos guardados

Borrar Cargar nuevo

Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

**Datos guardados**

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | JENNY PAOLA MURCIA DAZA | | **Número de Documento:** | 1024495923 | |
| **Correo Electrónico:** | PAOMUR7516@GMAIL.COM | | **Número Telefónico:** | 3222370512 | |
| **Nombre del Supervisor:** | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | **Cargo:** | DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS | **Código - Grado:** | 009-05 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2133-2025 | **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J17TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 186 | 54 | 11519 | $2764560 | 132.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2764560** | **DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2025-01-13 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-08-31 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2025-07-21 | NUL | 1 | $ 418191 | 26 |
| 2 | 2025-08-11 | 2025-10-31 | 2 | $ 7256970 | 1314 |
| 3 | 2025-10-20 | 2025-11-30 | 3 | $ 2994940 | 1767 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 1923673 |
| 2 | FEBRERO | $ 2303800 |


***© Siasur - 2025***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 3 | MARZO | $ 2488104 |
| 4 | ABRIL | $ 2614813 |
| 5 | MAYO | $ 2626332 |
| 6 | JUNIO | $ 2534180 |
| 7 | JULIO | $ 2660889 |
| 8 | AGOSTO | $ 2488104 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 2511142 |
| 10 | OCTUBRE | $ 2764560 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 16733600** | **$ 27403701** | **$ 24915597** | **$ 2488104** |

| 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. | -PRESTAR MIS SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD RENAL | -PRACTICA 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. | -EDUCACIÓN AL PACIENTE RENAL EN CUANTO AL CUIDADO DEL ACCESO VENOSO PARA SU TERAPIA RENAL | -PRACTICA 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. | -REGISTRAR SIGNOS VITALES EN DINÁMICA Y FORMATO DE SEGUIMIENTO Y PARÁMETROS DE LA MÁQUINA DE HEMODIÁLISIS DE PACIENTE | -REGISTRO DINAMICA |
| 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. | -APOYAR EN LA ELABORACIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE LA UNIDAD | -GUIAS Y PROTOCOLOS |

| 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. | -REALIZAR VÍNCULO CON EL PACIENTE Y SU FAMILIAR PARA UNA CORRECTA ADHERENCIA Y TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD RENAL | -PRACTICA CLINICA- |
| 6 | 6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -SEGUN EL SERVICIO | -SEGUN EL SERVICIO |

## 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 | $ 2511142 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 89757232 | - | | |
| **2025** | **SEPTIEMBRE** | **2025** | **10** | **10** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **DOS MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL CIENTOCUARENTA Y DOSPESOS** | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | COLFONDOS | $ 1423500 | $ 227760 | **$ 227800** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 177938 | **$ 178000** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 34676 | **$ 34700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 413129** | **$ 440500** |

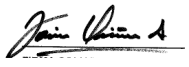
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO FALABELLA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 111770010134 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JENNY PAOLA MURCIA DAZA | 2025-10-24 08:53:22 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JENNY PAOLA MURCIA DAZA | 2025-10-29 11:40:52 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN | 2025-10-29 12:52:26 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA | 2025-10-31 09:24:56 |
| 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 12:42:50 |

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.



**HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN**
**DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS**


***© Siasur - 2025***