

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1033683299		PEDRAZA PINTO ZHARICK VANNESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18c numero 56-42 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102674078	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1769548365	9491420751	I	2025/09/22	2025/09/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$469,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																									
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES												
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1033683299	PEDRAZA PINTO ZHARICK VANNESA																		25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS010	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500	14-11	30	\$1,423,500	\$34,700	30	\$0	\$0	No	\$469,000
Total Afiliados(1)																																						\$469,000			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033683299		PEDRAZA PINTO ZHARICK VANNESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18c numero 56-42 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102674078	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1769548365	9491420751	I	2025/09/22	2025/09/11	BANCO DAVIVIENDA	\$469,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$469,000	\$0	\$0	\$469,000	



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 1033683299		PEDRAZA PINTO ZHARICK VANNESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18c numero 56-42 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102674078	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	1901258368	9491706140	I	2025/10/23	2025/11/04	NEQUI	12	\$126,300

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)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$379,600	\$7,600			\$379,600	\$9,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$379,600	\$7,600			\$379,600	\$9,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$379,600	\$7,600			\$379,600	\$9,300		\$0	\$0	
1	CC	1033683299	PEDRAZA ZHARICK	25-14	8	\$379,600	\$60,800	EPS010	8	\$379,600	\$47,500	CCF24	8	\$379,600	\$7,600	14-11	8	\$379,600	\$9,300	8	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$379,600	\$60,800			\$379,600	\$47,500			\$379,600	\$7,600			\$379,600	\$9,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033683299		PEDRAZA PINTO ZHARICK VANNESA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 18c numero 56-42 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3102674078	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	1901258368	9491706140	I	2025/10/23	2025/11/04	NEQUI	12	\$126,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$60,800	\$500	\$0	\$61,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$60,800	\$500	\$0	\$61,300	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,300	\$100	\$0	\$9,400	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,300	\$100	\$0	\$9,400	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,600	\$100	\$0	\$7,700	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$7,600	\$100	\$0	\$7,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$47,500	\$400	\$0	\$47,900	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$47,500	\$400	\$0	\$47,900	
TOTAL				1	\$125,200	\$1,100	\$0	\$126,300	

- 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

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		
☐	2233-2025 ENERO 2025.pdf	2233-2025 ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 FEBRERO 2025.pdf	2233-2025 FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 MARZO 2025.pdf	2233-2025 MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 ABRIL 2025.pdf	2233-2025 ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	4022-2025 MAYO 2025.pdf (Archivado)	4022-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 MAYO 2025.pdf	2233-2025 MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 JUNIO 2025.pdf	2233-2025 JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 JULIO 2025.pdf	2233-2025 JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 AGOSTO 2025.pdf	Informe de Actividades Número 329071.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2233-2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	2233-2025 SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

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

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-09-01	Hasta:	2025-09-08		
Nombre del Contratista:	ZHARICK VANESSA PEDRAZA PINTO		Número de Documento:	1033683299		
Correo Electrónico:	zharickpedraza15@gmail.com		Número Telefónico:	3102674078		
Nombre del Supervisor:	IRENE LEGUIZAMON	GUERRA	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado:	243-09 -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2233-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS SANTA LIBRADA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
105ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	24	0	11519	\$276456	44.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 276456	DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS					

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	\$ 4415284	1314
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		\$ 1520508	
2		FEBRERO		\$ 2142534	
3		MARZO		\$ 2211648	
4		ABRIL		\$ 2349876	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
5	MAYO	\$ 2211648	
6	JUNIO	\$ 2211648	
7	JULIO	\$ 1935192	
8	AGOSTO	\$ 2211648	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 16733600	\$ 21148884	\$ 16794702	\$ 4354182
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 Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	–Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clínica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados.	–Registro en historias clínicas.
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.	–Informar asistir prevenir inducir la importancia del auto cuidado a los pacientes y familiares de acuerdo a la condicionen que se encuentren.	–Información clara y oportuna de la información requerida.
3	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 define 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.	–Revisar y registrar en la historia clínica del paciente la evolución del mismo e informar sobre su estado de salud a todos los que les deba interesar.	–Historia clínica y nota de enfermería.
4	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.	–Verificar, informar elaborar, diligenciar, consultar y/o estudiar documentos o formatos propios de y acordeles a los casos pertinentes.	–Historia clínica y demás documentos institucionales
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 lo documentos destinados por la institución.	–Participar en la educación del paciente y cuidador sobre hábitos de vida saludable reforzando las recomendaciones de la parte médica.	–Mesa de ayuda subred sur -Sistema dinámica.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Mesa de ayuda subred sur -Sistema dinámica.	-Historia clínica, participación, información verbal y escrita en los diferentes documentos institucionales.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago		Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior			
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA					
2025	AGOSTO	2025	09	11	9491420751	-			\$ 2211648
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESES				
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado			
Pensionado		NO	ADMINISTRADORA DE COLOMBIANA PENSIONES COLPENSIONES	\$ 884659	\$ 141545	\$ 227800			
Salud			SURA		\$ 110582	\$ 178000			
ARL		3	SURA		\$ 21550	\$ 34700			
Caja de Compensación		NO		Total	\$ 256745	\$ 440500			
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta		488443774812	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA			
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ZHARICK VANNESA PEDRAZA PINTO		2025-11-10 11:21:01			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ZHARICK VANNESA PEDRAZA PINTO		2025-11-25 18:49:44			
RECHAZADO SUPERVISOR				IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-12-01 17:31:40			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ZHARICK VANNESA PEDRAZA PINTO		2025-12-01 17:54:59			
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				ZHARICK VANNESA PEDRAZA PINTO		2025-12-02 12:37:01			
ACEPTADO SUPERVISIÓN				IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2025-12-02 13:58:26			
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-12-05 11:42:00			

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

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext.26017
© Siasur - 2025

IRENE GUERRA LEGUIZAMON
ENFERMERO