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 52715319		RAMIREZ GARCIA CAROL DAYANN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 73 No. 57 R - 15 Torre 16 Apto 601	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922202241	9494647215	I	2025/11/07	2025/11/12	BANCOLOMBIA	5	$541,200

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)					$1,650,500	$264,100			$1,650,500	$206,400			$1,423,500	$28,500			$1,650,500	$40,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,650,500	$264,100			$1,650,500	$206,400			$1,423,500	$28,500			$1,650,500	$40,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,650,500	$264,100			$1,650,500	$206,400			$1,423,500	$28,500			$1,650,500	$40,300		$0	$0
1	CC 52715319	RAMIREZ CAROL	25-14	30	$1,650,500	$264,100	EPS008	30	$1,650,500	$206,400	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,650,500	$40,300	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,650,500	$264,100			$1,650,500	$206,400			$1,423,500	$28,500			$1,650,500	$40,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

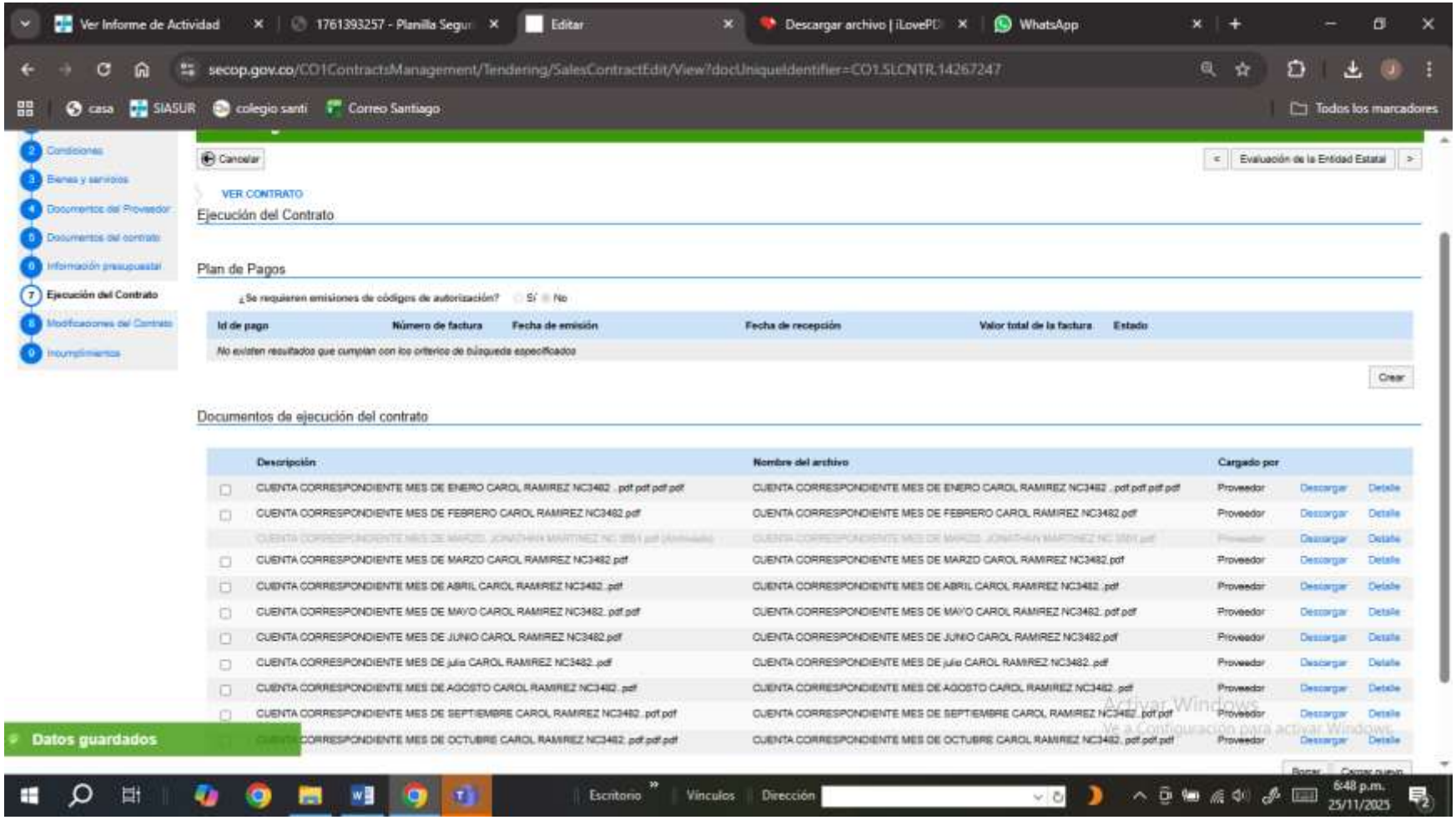
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52715319		RAMIREZ GARCIA CAROL DAYANN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 73 No. 57 R - 15 Torre 16 Apto 601	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922202241	9494647215	I	2025/11/07	2025/11/12	BANCOLOMBIA	5	$541,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$264,100	$900	$0	$265,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$264,100	$900	$0	$265,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,300	$200	$0	$40,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,300	$200	$0	$40,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,400	$700	$0	$207,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$206,400	$700	$0	$207,100
TOTAL				**1**	**$539,300**	**$1,900**	**$0**	**$541,200**


Ver Informe de Actividad
1761393257 - Planilla Segur
Editar
Descargar archivo | iLovePD
WhatsApp
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.14267247
casa
SIASUR
colegio santi
Correo Santiago
Todos los marcadores
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
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
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE ENERO CAROL RAMIREZ NC3482 . pdf pdf pdf pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE FEBRERO CAROL RAMIREZ NC3482.pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE MARZO CAROL RAMIREZ NC3482.pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE ABRIL CAROL RAMIREZ NC3482..pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE MAYO CAROL RAMIREZ NC3482. pdf pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE JUNIO CAROL RAMIREZ NC3482.pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE julio CAROL RAMIREZ NC3482..pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE AGOSTO CAROL RAMIREZ NC3482. pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE SEPTIEMBRE CAROL RAMIREZ NC3482. pdf pdf
CUENTA CORRESPONDIENTE MES DE OCTUBRE CAROL RAMIREZ NC3482. pdf pdf pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Datos guardados
Activar Windows
Escritorio
Vínculos
Dirección
6:48 p.m.
25/11/2023

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:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	CAROL DAYANN RAMIREZ GARCÍA		**Número de Documento:**	52715319	
Correo Electrónico:	DAYANNRAMIREZ@YAHOO.COM.AR		**Número Telefónico:**	3112528582	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3482-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
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
M12TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS TUNAL	162	0	20664	$3347568	87.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3347568**	**TRES MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-21			**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-09-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-11	2025-10-31	1	$ 2727648	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3843504	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 5083344	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		ENERO		$ 1115856	

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	FEBRERO	$ 3471552
3	MARZO	$ 4091472
4	ABRIL	$ 3719520
5	MAYO	$ 1735776
6	JUNIO	$ 3595536
7	JULIO	$ 3843504
8	AGOSTO	$ 4091472
9	SEPTIEMBRE	$ 3719520
10	OCTUBRE	$ 3843504
11	NOVIEMBRE	$ 3347568

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 42402528**	**$ 36575280**	**$ 5827248**

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 (profesional de apoyo terapeutico) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes.	CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO	HISTORIA CLINICA
2	Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	BRINDAR UNA ATENCION HUMANA	HISTORIA CLINICA
3	Registrar en la historia clinica toda la informacion de la atencion terapeutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realizaciòn, con Integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas 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 o sustituya).	REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	HISTORIA CLINICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de apoyo terapeutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad	EJECUTAR LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS	HISTORIA CLINICA
5	Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	APOYO EN LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES	HISTORIA CLINICA
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	TRABAJAR INTERDISCIPLINARIAMENTE CON LAS DEMAS ESPECIALIDADES	HISTORIA CLINICA
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clìnico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO TENIENDO EN CUENTA LOS ESTANDARES DE CALIDAD Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD	HISTORIA CLINICA
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	SUMINISTRAR INFORMACION CLARA Y VERAZ	HISTORIA CLINICA
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	CUMPLIR CON TODAS LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS	HISTORIA CLINICA

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	$ 3843504
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9494647215	-		
2025	OCTUBRE	2025	11	12				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL QUINIENTOS CUATROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1537402	$ 245984	**$ 265000**
Salud		COMPENSAR		$ 192175	**$ 207100**
ARL	3	SURA		$ 37451	**$ 40500**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 446184**	**$ 512600**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	63839073561

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAROL DAYANN RAMÍREZ GARCIA	2025-11-26 06:25:50
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-11-26 20:58:55
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-01 01:15:42
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	2025-12-10 12:41:24

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.

MARIA CAROLINA LEAL APONTE
DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS