

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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		
☐	ARL SURA 1000000212 CTO 4762-2025.pdf	ARL SURA 1000000212 CTO 4762-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	secop nury febrero.pdf (Archivado)	secop nury febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	febrero 4762-2025	4762-2025 febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762-2025 MARZO	MARZO-4762-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	IASS.zip (Archivado)	IASS.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762-2025 abril	abril-4762-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762 mayo 2025.pdf	mayo 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762 junio 2025.pdf	4762 junio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762 julio 2025.pdf	4762 julio 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762-2025 agosto.pdf	4762-2025 agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762-2025 septiembre.pdf	4762-2025 septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4762-2025 octubre.pdf	4762-2025 octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

PAGADO 14/11/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EVELIN CAROLINA ARANGO HERNANDEZ			Dirección	CR 4 SUR #113 A - 15 VILLA ALEMANIA
Documento	CC1000000212			Teléfono	3134981374
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	ARL SURA
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SIN	DE	LMA	UAC	AP	VCI	IRP	Días APL	Días EPS	Días ANC	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1000000212	EVELIN CAROLINA ARANGO HERNANDEZ	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2,436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 0	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 440.500	\$ 2.300	\$ 442.800



DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-30
Nombre del Contratista:	EVELIN CAROLINA ARANGO HERNANDEZ		Número de Documento:	1000000212
Correo Electrónico:	evelinarangofernandez625@gmail.com		Número Telefónico:	3134981374
Nombre del Supervisor:	RICARDO MARTINEZ GALVIS	Cargo:	ENFERMERO	Código Grado: - 243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4762-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	26
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B01UB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS USME	180	0	11519	\$2073420	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2073420	DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-02-10			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-09-07
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-11	2025-10-31	1	\$ 3453680	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	\$ 2073440	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	\$ 2580256	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	FEBRERO			\$ 1451394	
2	MARZO			\$ 2073420	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 2211648	
4	MAYO	\$ 2211648	
5	JUNIO	\$ 2073420	
6	JULIO	\$ 2073420	
7	AGOSTO	\$ 2211648	
8	SEPTIEMBRE	\$ 2073420	
9	OCTUBRE	\$ 2073420	
10	NOVIEMBRE	\$ 2073420	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 14999738		\$ 23107114	\$ 20526858
			\$ 2580256
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.	-Brindar atención integral según mi labor como auxiliar de enfermería a los usuarios internos y externos vigilando y educando una adecuada intención en salud. dar bienestar al paciente	--historia clinica
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.	---se da uso de las actividades acordadas con el supervisor del contrato, cumpliendo con las actividades y productos contractuales registrados en mi contrato como prestador de servicios de salud para mi trabajo como auxiliar de enfermería	--historia clinica
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.	---se da uso de las actividades acordadas con el supervisor del contrato, cumpliendo con las actividades y productos contractuales registrados en mi contrato como prestador de servicios de salud para mi trabajo como auxiliar de enfermería	--historia clinica
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.	---e diligenciará de forma clara, correcta y apropiada en el registro de enfermería y demás documentos todo lo realizado con el paciente	--historia clinica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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.	-----se da uso adecuado de los recursos, equipos, medicamentos e insumos brindados por la subred sur para la ejecución de la adecuada atención de los pacientes y se informará oportunamente las novedades que se presenten con los ya mencionados "se esta al pendiente de todo lo faltante en la unidad	--historia clinica
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	---se da uso adecuado de los recursos, equipos, medicamentos e insumos brindados por la subred sur para la ejecución de la adecuada atención de los pacientes y se informará oportunamente las novedades que se presenten con los ya mencionados "se esta al pendiente de todo lo faltante en la unidad	--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		\$ 2073420
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1077246068	-			
2025	OCTUBRE	2025	11	14					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS VEINTEPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes		Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760		\$ 227800
Salud					SALUD TOTAL		\$ 177938		\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676		\$ 34700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129		\$ 440500
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	56700046279		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					EVELIN CAROLINA ARANGO HERNANDEZ		2025-11-25 20:15:29		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					RICARDO MARTINEZ GALVIS		2025-12-02 10:20:43		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2025-12-03 12:46:44		
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 12:41:45		

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.

RICARDO MARTINEZ GALVIS
ENFERMERO