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 52936621		CASTRO PATIÑO JOHANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 18 l bis b #68b 05 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1000000161	9492046213	I	2025/11/07	2025/10/09	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	52936621	CASTRO JOHANA	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	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 52936621		CASTRO PATIÑO JOHANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 18 l bis b #68b 05 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	1000000161	9492046213	I	2025/11/07	2025/10/09	BANCO DE BOGOTA	0	$440,500

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

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

Datos guardados

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	INFORME ENERO-2166-2025	INFORME ENERO - 2166 - 2025 CASTRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	INFORME ENERO -2166-2025 ANDREA CASTRO.pdf (Archivado)	INFORME ENERO -2166-2025 ANDREA CASTRO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME FEBRERO CTO NO. 2166-2025.pdf	INFORME FEBRERO CTO NO. 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MARZO CTO No. 2166-2025.pdf	INFORME MARZO CTO No. 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME ABRIL CTO. 2166-2025.pdf	INFORME ABRIL CTO. 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME MAYO CTO 2166-2025.pdf	INFORME MAYO CTO 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JUNIO 2025 CTO 2166-2025.pdf	INFORME JUNIO 2025 CTO 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME JULIO 2025 CTO 2166-2025.pdf	INFORME JULIO 2025 CTO 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME AGOSTO 2025 CTO 2166-2025.pdf	INFORME AGOSTO 2025 CTO 2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME SEPTIEMBRE 2025 CTO-2166-2025.pdf	INFORME SEPTIEMBRE 2025 CTO-2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME DE OCTUBRE 2025 CTO-2166-2025.pdf	INFORME DE OCTUBRE 2025 CTO-2166-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ		**Número de Documento:**	53017308	
Correo Electrónico:	mimary85@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3002578657	
Nombre del Supervisor:	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	**Cargo:**	ENFERMERO CODIGO 243 GRADO 20	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4135-2025	**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	182	48	11519	$2649370	123.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2649370**	**DOS MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTAPESOS**					

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	$ 4976208	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3386586	1767

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 967596
2	FEBRERO	$ 2557218
3	MARZO	$ 2280762

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 2557218
5	MAYO	$ 2073420
6	JUNIO	$ 2073420
7	JULIO	$ 3041016
8	AGOSTO	$ 2833674
9	SEPTIEMBRE	$ 2764560
10	OCTUBRE	$ 2649370

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17140272	**$ 25503066**	**$ 23798254**	**$ 1704812**

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 Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	--cumplir con los turnos programados, realización de actividades de cuidado según orientación del enfermero del servicio	-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.	-aplicación de los protocolos guías y manuales institucionales en el desarrollo de las actividades del cuidado de los pacientes atendidos	-historia clinica
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.	-ejecutar tratamientos inyecto logia venopunciones curaciones toma de muestras de laboratorio según normas y protocolos establecidos lista de chequeo de infecciones	--lista de chequeo de infeccion
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.	-registro clatro corto y conciso de todas las actividades y tratamientos aplicados como auxiliar de enfermería	-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.	--realización de la entrega y recibo de turno según programación cumpliendo protocolo instituciona	-historia clínica
6	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-realización de las actividades de cuidado y control de signos vitales control de líquidos y órdenes de enfermería	historia clínica

© 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	$ 2764560
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	89674941	-		
2025	SEPTIEMBRE	2025	10	27				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS SESENTAPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1423500	$ 227760	**$ 231200**
Salud		SALUD TOTAL		$ 177938	**$ 180700**
ARL	3	SURA		$ 34676	**$ 35300**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 413129**	**$ 447200**

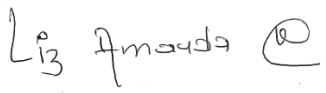
INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4800307979

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	2025-10-24 12:49:18
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	2025-10-27 17:11:03
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	2025-10-28 19:00:01
RECHAZADO SUPERVISOR	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-10-29 15:44:56
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MERILYN AMALFY CASTRO HERNANDEZ	2025-10-29 16:56:39
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LIZ AMANDA SIERRA PINEDA	2025-10-29 17:44:56
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2025-10-31 08:49:12
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 12:41:32

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

© Siasur - 2025