PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-12-11, 06:19:45 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077472182

Periodo Cotización 202511 **Periodo Servicio** 202511

Cliente:

PAGADA 2025-12-11

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA RAMIREZ SANTA				
Documento	CC 1023871886	**Dirección**	CL 19B SUR #16 - 71 AP 201		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4715496		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023871886		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RAMIREZ SANTA MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

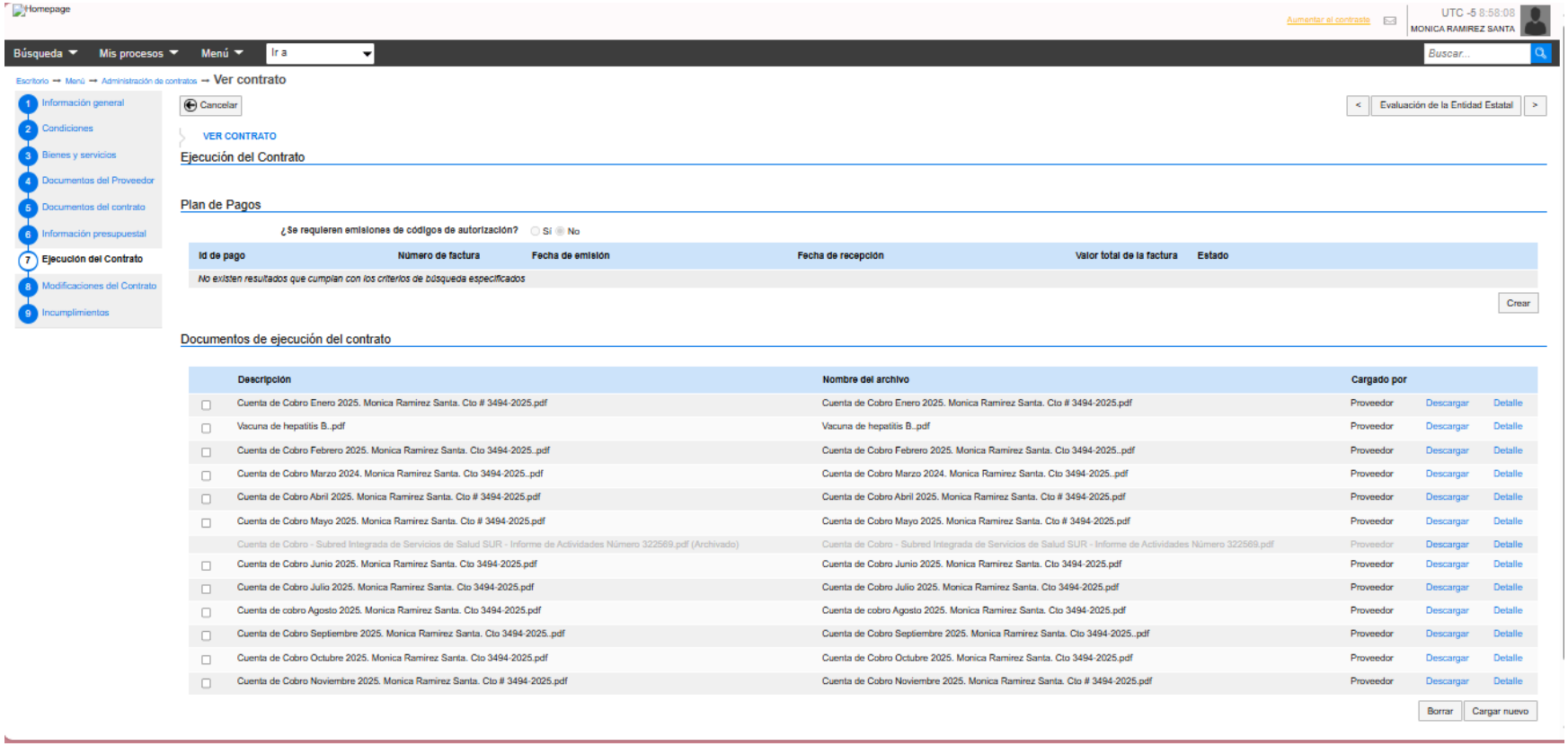
Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.487.810	230301		16 %	$ 1.487.810	$ 238.100	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.487.810	$ 186.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.487.810	$ 36.300	CCF24	2 %	$ 1.487.810	$ 29.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 238.100	$ 0	$ 0	$ 186.000	$ 36.300	$ 29.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 490.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!


Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 8:58:08
MONICA RAMIREZ SANTA
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
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
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 de Cobro Enero 2025. Monica Ramirez Santa. Cto # 3494-2025.pdf
Vacuna de hepatitis B..pdf
Cuenta de Cobro Febrero 2025. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025..pdf
Cuenta de Cobro Marzo 2024. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025..pdf
Cuenta de Cobro Abril 2025. Monica Ramirez Santa. Cto # 3494-2025.pdf
Cuenta de Cobro Mayo 2025. Monica Ramirez Santa. Cto # 3494-2025.pdf
Cuenta de Cobro - Subred Integrada de Servicios de Salud SUR - Informe de Actividades Número 322569.pdf (Archivado)
Cuenta de Cobro Junio 2025. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025.pdf
Cuenta de Cobro Julio 2025. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025.pdf
Cuenta de cobro Agosto 2025. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025.pdf
Cuenta de Cobro Septiembre 2025. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025..pdf
Cuenta de Cobro Octubre 2025. Monica Ramirez Santa. Cto 3494-2025.pdf
Cuenta de Cobro Noviembre 2025. Monica Ramirez Santa. Cto # 3494-2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	MONICA RAMIREZ SANTA		**Número de Documento:**	1023871886	
Correo Electrónico:	monikrs2421@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115153922	
Nombre del Supervisor:	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	**Cargo:**	DIRECTOR DE COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009 - 05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3494-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	26
Perfil:	TERAPEUTA RESPIRATORIO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
M12ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	0	20664	$3719520	96.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3719520**	**TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS**					

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	$ 4959360	1314
2	2025-10-20	2025-11-30	2	$ 3471552	1767
3	2025-11-14	2026-01-16	3	$ 5207328	1890

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 1239840
2	FEBRERO	$ 3471552

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	MARZO	$ 3967488
4	ABRIL	$ 3719520
5	MAYO	$ 3719520
6	JUNIO	$ 3719520
7	JULIO	$ 3967488
8	AGOSTO	$ 3719520
9	SEPTIEMBRE	$ 3719520
10	OCTUBRE	$ 3967488
11	NOVIEMBRE	$ 3719520
12	DICIEMBRE	$ 3719520

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 30748032	**$ 44386272**	**$ 42650496**	**$ 1735776**

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	-Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programación	-Valorar y atender oportunamente pacientes de cada uno de los servicios según la programación
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 atención humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad con el cliente interno de la subred	-Brindar atención humanizada al cliente externo y establecer relaciones de cordialidad con el cliente interno de la subred
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)	-Realizar valoración, diagnósticos, pronósticos y plan de tratamiento	-Realizar valoración, diagnósticos, pronósticos y plan de tratamiento

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.	-Revisar periódicamente protocolos y guías de manejo	-Revisar periódicamente protocolos y guías de manejo
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	-Realizar acompañamiento a los clientes interno y externo de la subred	-Realizar acompañamiento a los clientes interno y externo de la subred
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-Apoyar el manejo integral y cuidado del paciente	-Apoyar el manejo integral y cuidado del paciente
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 las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional	-Cumplir con las tareas asignadas dentro de las competencias de cada profesional
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evoluciòn, riesgo, complicaciòn del cuadro clìnico objeto de tratamiento	-Apoyar al médico y especialista de turno en las decisiones sobre el paciente	-Apoyar al médico y especialista de turno en las decisiones sobre el paciente
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de la subred	-Cumplir con las normas y procedimientos técnicos y administrativos de la subred

© Siasur - 2026

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	$ 3719520
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1077472182	-		
2026	NOVIEMBRE	2025	12	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS DIECINUEVE MIL QUINIENTOS VEINTEPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1487808	$ 238049	**$ 238100**
Salud		SÁNITAS		$ 185976	**$ 186000**
ARL	3	SURA		$ 36243	**$ 36300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 431791**	**$ 460400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870353143

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA RAMIREZ SANTA	2025-12-11 09:15:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARIA CAROLINA LEAL APONTE	2025-12-13 22:32:42
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-12-15 22:27:23
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	2026-01-08 16:10:35

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