

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022366688		Sandra Sierra	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 71j N 68 a 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115701198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2004809264	9496403860	I	2025/12/22	2025/12/15	BANCO DAVIVIENDA	0	\$396,500

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)					\$1,281,150	\$205,000			\$1,281,150	\$160,200			\$0	\$0			\$1,281,150	\$31,300		\$0	\$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,281,150	\$205,000			\$1,281,150	\$160,200			\$0	\$0			\$1,281,150	\$31,300		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,281,150	\$205,000			\$1,281,150	\$160,200			\$0	\$0			\$1,281,150	\$31,300		\$0	\$0
1	CC 1022366688	SIERRA SANDRA	230301	27	\$1,281,150	\$205,000	EPS008	27	\$1,281,150	\$160,200	0		\$0	\$0	14-11	27	\$1,281,150	\$31,300	0	\$0	\$0
Total	Afiliados(1)				\$1,281,150	\$205,000			\$1,281,150	\$160,200			\$0	\$0			\$1,281,150	\$31,300		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022366688		Sandra Sierra	INDEPENDIENTE	Principal	Carrera 71j N 68 a 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3115701198	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	2004809264	9496403860	I	2025/12/22	2025/12/15	BANCO DAVIVIENDA	0	\$396,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$205,000	\$0	\$0	\$205,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$31,300	\$0	\$0	\$31,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$31,300	\$0	\$0	\$31,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,200	\$0	\$0	\$160,200	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$160,200	\$0	\$0	\$160,200	
TOTAL				1	\$396,500	\$0	\$0	\$396,500	



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

[Escritorio](#) → [Menú](#) → [Administración de contratos](#) → **Ver contrato**1 [Información general](#)

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 [Condiciones](#)**VER CONTRATO**3 [Bienes y servicios](#)**Ejecución del Contrato**4 [Documentos del Proveedor](#)5 [Documentos del contrato](#)**Plan de Pagos**6 [Información presupuestal](#)¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? Sí No7 **Ejecución del Contrato**

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

8 [Modificaciones del Contrato](#)

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

9 [Incumplimientos](#)

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	ARL SURA 1022366688 CTO 8154-2025.pdf	ARL SURA 1022366688 CTO 8154-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO PARA MES DE NOVIEMBRE-8154-2025.pdf	CUENTA DE COBRO PARA MES DE NOVIEMBRE-8154-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

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

Periodo a Certificar:	Desde:	2025-12-01	Hasta:	2025-12-31
Nombre Contratista:	del SANDRA JANETH SIERRA AVILA	Número de Documento:		1022366688
Correo Electrónico:	salujo20071960@gmail.com		Número Telefónico:	3115701198
Nombre Supervisor:	del SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27	Código Grado: - 242-27

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	8154-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1767
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS				
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
A53ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MEISSEN	186	0	10034	\$1866324	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1866324	UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-11-04			Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-11-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-11-14	2026-01-16	1	\$ 2177378	1890
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar	
1	NOVIEMBRE			\$ 1675678	
2	DICIEMBRE			\$ 1866324	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 1679692		\$ 3857070	\$ 3542002	\$ 315068
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.	---Dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en el contrato y según la necesidad del Modelo de Atención en Salud según el perfil		-Programación de parte del profesional, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección
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.	-Programación de parte del profesional, cronograma de procedimientos Programación de parte del profesional,		-Programación de parte del profesional, cronograma de procedimientos, planillas de limpieza y desinfección
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 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).	-Realizar oportunamente las notas de enfermería en las historias clínicas de cada usuario, teniendo en cuenta todas las normas y protocolos		-Historia Clínica, Dinámica.
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.	-Realiza precritica y actualización de bases de datos, seguimiento a usuarios.		-Bases de datos
5	5) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	--Brindarle al usuario en el momento de la atención, la educación de auto cuidado y el cuidado después de la vacunación		-Registro en la carne de vacunas.
6	6) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	-Cuidar y solicitar oportunamente los insumos para no afectar el servicio		--Mesa de ayuda GLPI, notificación de evento adverso, correo electrónico.

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	NOVIEMBRE	2025	12	15	9496403860	-	\$ 1675678	
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS SETENTA Y OCHO PESOS			
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 205000
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 160200
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 31300
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 413129	\$ 396500
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número Cuenta		de	0550488455481348	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO			FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SANDRA AVILA	JANETH SIERRA		2025-12-15 14:53:25	
RECHAZADO SUPERVISOR				SONIA DEL PILAR GONZALEZ			2025-12-15 15:44:27	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SANDRA AVILA	JANETH SIERRA		2025-12-15 16:03:24	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SANDRA AVILA	JANETH SIERRA		2025-12-15 16:03:40	
RECHAZADO SUPERVISOR				SONIA DEL PILAR GONZALEZ			2025-12-15 17:40:38	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SANDRA AVILA	JANETH SIERRA		2025-12-16 07:27:14	
RECHAZADO SUPERVISOR				SONIA DEL PILAR GONZALEZ			2025-12-16 08:50:22	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SANDRA AVILA	JANETH SIERRA		2025-12-16 08:53:58	
ACEPTADO SUPERVISIÓN				SONIA DEL PILAR GONZALEZ			2025-12-16 08:54:52	
ACEPTADO CONTRATACIÓN				LUISA FERNANDA SALGADO	CORTERS		2025-12-16 15:24:27	

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
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 16:10:27

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.



SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ
ODONTOLOGO CÓDIGO 242 - GRADO 27