

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030702039	PAULA ANDREA JUANIAS SANDOVAL		CARRERA 72K 40-06 SUR	6012568933	PAULAJUANIAS26@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90681836	\$464,100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	187,500	0		0		0	0	0	0	187,500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240,000	0	0	0	0	0	0		240,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	890903790-5	36,600				36,600	0	0	36,600			366	36,600

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187,500	187,500
Pensión	1	240,000	240,000
Riesgos Laborales	1	36,600	36,600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464,100	464,100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030702039	PAULA ANDREA JUANIAS SANDOVAL		CARRERA 72K 40-06 SUR	6012568933	PAULAJUANIAS26@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
PERÍODO SALUD	PERÍODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-10	2025-10	I	12/11/2025	90681836	\$464.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Enfermedad	Enfermedad	Enfermedad	Enfermedad	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	VST	VST	VAC	VAC	VCT	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1030702039	JUANÍAS SANDOVAL PAULA ANDREA	59	0					N														25-14	1,500,000	240,000	0	0	0	0	EPS037	1,500,000	187,500	14-11	1,500,000	3	36,600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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 1030702039 CTO 6599-2025.pdf	ARL SURA 1030702039 CTO 6599-2025.pdf	Comprador Descargar Detalle
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030702039	PAULA ANDREA JUANIAS SANDOVAL		CARRERA 72K 40-06 SUR	6012568933	PAULA.JUANIAS26@GMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
90681836	12/11/2025				EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1
					0
2025-10	2025-10	N	27/11/2025	91814903	TOTAL A PAGAR
					\$600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional									
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	200	0		0		0	15	100	0	300	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	200		0	0	0	0	15	100	0	300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades										
				No. Autorización	Valor									

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	200	300
Pensión	1	200	300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	400	600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030702039	PAULA ANDREA JUANIAS SANDOVAL		CARRERA 72K 40-06 SUR	6012568933	PAULA.JUANIAS26@GMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
90681836	12/11/2025				EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	N	27/11/2025	91814903	10
					TOTAL A PAGAR
					\$600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Costasura	Salario	Exempto	Costa anterior	Exempto	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLA	DE	LMA	WAS	WST	VST	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1030702039	JUANIAS SANDOVAL PAULA ANDREA	59	0			N																	25-14	1.501.169	240.200	0	0	0	0	EPS037	1.501.169	187.700	14-11	1.501.169	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-11-01	Hasta:	2025-11-30		
Nombre Contratista:	del	PAULA ANDREA JUANIAS SANDOVAL		Número de Documento:	1030702039	
Correo Electrónico:		paulajuanias26@gmail.com		Número Telefónico:	3194250659	
Nombre Supervisor:	del	SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ	Cargo:	ODONTOLOGO CÓDIGO GRADO 27	Código Grado:	- 242-27

DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	6599-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1471	
Perfil:	PSICÓLOGO					
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS					
Unidad de Servicios:	USS DANUBIO AZUL					

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS						
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Procentaje(%) Centro de Costos
A18VJN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS MANUELA BELTRÁN	93	0	20177	\$1876461 50%
A18VAN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS AMBULATORIOS	USS CANDELARIA LA NUEVA	77	0	20177	\$1553629 41.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	TRES MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA MIL NOVENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO						
Fecha de Inicio del Contrato	2025-09-23		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2025-10-31	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP	
1	2025-10-20	2025-11-30	1	\$ 3393771	1767	
2	2025-11-14	2026-01-16	2	\$ 4107407	1890	
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro			Valor a Pagar		
1	SEPTIEMBRE			\$ 766726		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
2		OCTUBRE	\$ 3752922
3		NOVIEMBRE	\$ 3430090
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 4878799	\$ 12379977	\$ 7949738	\$ 4430239
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 terapéutico) 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 (SGSSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	Se realiza atención en consulta a pacientes siguiendo los lineamientos éticos	Registro en historias clínicas
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 realiza psicoeducación en el espacio de consulta a los pacientes de acuerdo a cada situación individual de autocuidado prevención líneas de emergencia entre otras	Información de brindada durante sesiones
3	Registrar en la historia clínica toda la información de la atención terapéutica, de manera veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas), 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 o sustituya).	Durante las consultas se realiza el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas de cada paciente plasmando la información necesaria para realizar el proceso	Registros en HC Dinamica
4	Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de apoyo terapéutico y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes, garantizando las normas universales de bioseguridad.	Se realiza el debido proceso en consulta del diligenciamiento de la información y el consentimiento de los pacientes a realizar el acompañamiento psicológico	Registro en HC y entrega de información verbal a pacientes en consulta
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.	De acuerdo a lo evidenciado en cada consulta se realiza el debido procedimiento y canalización dependiendo del paciente a rutas de atención en salud como también de información relacionada a líneas de atención	Registro en HC de redireccionamiento a entidades de salud en remisión y líneas de atención
6	Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	Se realiza el debido proceso de notificación de pacientes en riesgo y remisión de los mismos a las entidades correspondientes como también la remisión a las diferentes especialidades necesarias	Registro en HC y procesos de notificación

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	Se realiza en cada consulta el procedimiento y aclaración del plan de tratamiento a seguir de acuerdo a lo visto durante la sesión	Registro en HC
8	Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	En caso de evidenciar un estado de riesgo del paciente durante la consulta se informa de inmediato a acompañante o acudiente responsable	Registro en HC y comunicación verbal asertiva y adecuada para cada acudiente y paciente del proceso
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realiza el acompañamiento pertinente a pacientes que lo requieren se brinda información adicional del proceso o se direcciona a líneas de atención o profesionales encargados para resolver sus cuestionamientos Se realiza dentro de la practica de la consulta el acompañamiento asertivo de dudas adicionales al proceso	Comunicación verbal con pacientes Remisiones a profesionales encargados Registros en HC

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL							
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago		Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	90681836	-	\$ 3752922
2026	OCTUBRE	2025	11	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS VEINTIDOSPESOS		
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado		NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1501169	\$ 240187	\$ 240300	
Salud			NUEVA EPS		\$ 187646	\$ 187800	
ARL		3	SURA		\$ 36568	\$ 36600	
Caja de Compensación		NO		Total	\$ 435669	\$ 464700	
INFORMACIÓN DE PAGO							
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	10844292461	
HISTÓRICO							
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PAULA ANDREA SANDOVAL JUANIAS		2025-12-01 14:09:08	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PAULA ANDREA SANDOVAL JUANIAS		2025-12-01 14:12:53	
RECHAZADO SUPERVISOR				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2025-12-01 15:15:35	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PAULA ANDREA SANDOVAL JUANIAS		2025-12-01 17:01:10	
RECHAZADO SUPERVISOR				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2025-12-01 17:57:31	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PAULA ANDREA SANDOVAL JUANIAS		2025-12-01 19:01:40	
RECHAZADO SUPERVISOR				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2025-12-01 19:07:15	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				PAULA ANDREA SANDOVAL JUANIAS		2025-12-01 19:10:57	
ACEPTADO SUPERVISIÓN				SONIA DEL PILAR SANCHEZ GONZALEZ		2025-12-01 19:15:17	
ACEPTADO CONTRATACIÓN				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-12-01 20:00:11	

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	2025-12-10 12:42:40

Autonizo 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