

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031132701	SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		Calle 48 D sur N 12 B 12	3138956919	paoolis2611@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76443971	21/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$561.300	

## 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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	224.400	0		0		0	15	2.300	0	226.700	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	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	287.300	0	0	0	0	15	3.000	0	290.300	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. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	43.800				43.800	15	500	44.300			438	44.300	1

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
<b>SENA</b>				
0	15	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	15	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	224.400	226.700
PenSIón	1	287.300	290.300
Riesgos Laborales	1	43.800	44.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>555.500</b>	<b>561.300</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031132701	SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		Calle 48 D sur N 12 B 12	3138956919	paolis2611@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		76443971	21/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	\$0	\$561.300	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC 1031132701	VELANDIA BERNAL SINDY PAOLA	59	0			N								X								230201	1.795.200	30	287.300	0	0	0	0	EPS002	1.795.200	30	224.400	14-11	1.795.200	30	3	43.800		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



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

**Datos guardados**

Cancelar

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;

**VER CONTRATO****Ejecución del Contrato** Porcentaje  Recepción de artículos**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		
<input type="checkbox"/>	CUENTA ENERO 3214-2026 PAOLA VELANDIA.pdf	CUENTA ENERO 3214-2026 PAOLA VELANDIA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA FEBRERO N 3214-2026 PAOLA VELANDIA.pdf	CUENTA FEBRERO N 3214-2026 PAOLA VELANDIA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	18.HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	18.HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	DIPLOMA ENFERMERA .pdf	DIPLOMA ENFERMERA .pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/>	CUENTA MARZO N 3214-2026 PAOLA VELANDIA.pdf	CUENTA MARZO N 3214-2026 PAOLA VELANDIA.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

&lt;

Evaluación de la Entidad Estatal

&gt;



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.  
certifica que:

**SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL**

**1031132701**

Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:  
**NUEVOS AIRES DE CREATIVIDAD E INNOVACIÓN EN SALUD**  
con una intensidad de **6 horas**

Para constancia se expide:

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

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2026-04-01	<b>Hasta:</b>	2026-04-30
<b>Nombre del Contratista:</b>	SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		<b>Número de Documento:</b>	1031132701
<b>Correo Electrónico:</b>	paolis2611@hotmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3112316485
<b>Nombre del Supervisor:</b>	IRENE GUERRA LEGUIZAMON	<b>Cargo:</b>	ENFERMERO	<b>Código - Grado:</b> 243-09

**DATOS DEL CONTRATO**

<b>No. Contrato:</b>	3214-2026	<b>Año Contrato:</b>	2026	<b>CDP Contrato Inicial:</b>	294
<b>Perfil:</b>	ENFERMERO				
<b>Dirección a la que Pertenece:</b>	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
<b>Unidad de Servicios:</b>	USS MEISSEN				

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J03ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS MEISSEN	180	60	22000	\$5280000	129%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	<b>\$ 5280000</b>	<b>CINCO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL PESOS</b>					

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2026-02-02	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2026-06-30
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	FEBRERO	\$ 5676000	
2	MARZO	\$ 4488000	
3	ABRIL	\$ 5280000	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
<b>\$ 20460000</b>	<b>\$ 20460000</b>	<b>\$ 15444000</b>	<b>\$ 5016000</b>

	<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>	<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
1	Desarrollar actividades asistenciales propias del perfil profesional de Enfermería, conforme a la lex artis, orientadas a apoyar la prestación de los servicios de salud en las áreas asignadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normativa vigente aplicable.	-CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACION CON EL SUPERVISOR ACORDE A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO	-DINAMICA GERENCIAL
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario, de acuerdo con los lineamientos institucionales y las necesidades del servicio.	-BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE BIOSEGURIDAD NORMAS DE INGRESO ACRODE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS	-BRINDAR INFORMACION A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE BIOSEGURIDAD NORMAS DE INGRESO ACRODE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS
3	Registrar de manera veraz, oportuna y completa la información derivada de los actos y cuidados de enfermería en la historia clínica, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes, en especial lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 o las normas que las modifiquen, adicione o sustituyan.	-SE REALIZA REVISION Y SOCIALIZACION DE PROTOCOLOS Y GUIAS ESTIPULADAS POR LA INSTITUCION Y REALIZAR LISTAD DE CHEQUEO	-LISTAS DE CHEQUEO Y FIRMAS DE ASISTENCIA
4	Contribuir a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos de enfermería, de acuerdo con los lineamientos institucionales, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-ADMINISTRACION Y VERIFICACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGUN LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES -	-ADMINISTRACION Y VERIFICACION PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SEGUN LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES -
5	Realizar la administración de medicamentos conforme a la prescripción médica escrita, legible y vigente, siguiendo los protocolos institucionales definidos para tal fin y las buenas prácticas clínicas aplicables.	REALIZAR SEGUIMIENTO JUNTO CON LAS AREAS CORRESPONDIENTES A TODOS LOS USUARIOS DE LA UCI PEDIATRICA	-GESTIONAR INTERCONSULTAS CON TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA, NUTRICION
6	Apoyar la identificación, caracterización, inscripción, seguimiento y canalización de usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, conforme a los modelos y programas implementados por la Subred y a la normatividad vigente.	-ARTICULAR ACCIONES CON LOS EQUIPOS MISIONALES PARA EL MANEJO INTEGRAL Y CUIDADO DEL PACIENTE, CONFORME LO ESTABLECE LA NORMATIVIDAD	DINAMICA GERENCIAL

<b>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)</b>		<b>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</b>	<b>PRODUCTO O EVIDENCIA</b>
7	Articular las actividades asistenciales con los equipos misionales, contribuyendo al manejo integral y continuo del paciente, en concordancia con los principios éticos y profesionales establecidos en la Ley 911 de 2004 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.	REALIZAR SEGUIMIENTO JUNTO CON LAS AREAS CORRESPONDIENTES A TODOS LOS USUARIOS DE LA UCI PEDIATRICA	-DINAMICA GERENCIAL
8	Realizar el seguimiento y control del carro de paro del servicio asignado, de conformidad con los procedimientos y formatos institucionales, garantizando su adecuada custodia y disponibilidad.	-REALIZAR REVISION MENSUAL DEL CARRO DE PARO SEGUN LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONAL	-GUIAS Y FORMATO CARRO DE PARO
9	Efectuar seguimiento técnico a las actividades desarrolladas por el personal auxiliar de enfermería, en el marco de las competencias del perfil profesional y conforme a los lineamientos éticos y normativos aplicables, sin que ello implique ejercicio de funciones administrativas o disciplinarias propias de la entidad.	-REALIZAR SEGUIMIENTO SEMANAL A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LE PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA	-REALIZAR SEGUIMIENTO SEMANAL A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS POR LE PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA
10	Desarrollar las demás actividades propias del perfil profesional, relacionadas directamente con el objeto contractual, que contribuyan al fortalecimiento de la prestación de los servicios asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-REALIZAR APOYO Y SEGUIMIENTO AL EQUIPO DE LA UCI, FORTALECER CONOCMIENTOS	-SE REALIZARON REUNIONES SEMANALES, PARA VERIFICAR FALLAS EN EL SERVICIO Y REALIZAR UN PLAN DE MEJORA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior	\$ 4488000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2026	MARZO	2026	04	21	76443971	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras				CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS				
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1795200	\$ 287232	\$ 290300
Salud					SALUD TOTAL EPS S.A.		\$ 224400	\$ 226700
ARL				3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		\$ 43731	\$ 44300
Caja de Compensación				NO		<b>Total</b>	<b>\$ 521003</b>	<b>\$ 561300</b>
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	de	0570004870399831	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN				USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		2026-04-20 11:33:52		
RECHAZADO SUPERVISOR				IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2026-04-20 16:37:18		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		2026-04-21 18:11:59		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				SINDY PAOLA VELANDIA BERNAL		2026-04-22 11:24:58		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				IRENE GUERRA LEGUIZAMON		2026-04-22 17:11:13		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA		2026-04-27 22:15:18		
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		2026-05-11 14:53:48		

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.

*Irene Guerra*

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

www.subredsur.gov.co

Teléfono 7300000 Ext 26017

© Siasur - 2026

**IRENE GUERRA LEGUIZAMON  
ENFERMERO**