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	SINASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2022-03-01	Hasta:	2022-03-31	
Nombre del Contratista:	ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS		Número de Documento:	52303293	
Correo Electrónico:	ERIKAMILENIO@GMAIL.COM		Número Telefónico:	3208506151	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	Código - Grado:	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1351-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	271
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 1				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
UMSA	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	ADMINISTRATIVA	$4996000	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 4996000	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-01-23		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2022-01-31
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2022-02-01	2022-04-30	1	$ 15487600	661
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		$ 4996000	

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

$ 1425000	$ 17912600	$ 4996600	$ 12916600

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Orientar la elaboración de planes de mejoramiento, realizar seguimiento a la implementación y realización acciones de mejora y reporte de resultados dentro de los tiempos establecidos.	"Se realizó seguimiento planes de mejora ALMERA Se consolido información y soportes de socialización mapa de riesgos 2022 Se remito planes de mejoramiento de los 3 riesgos materializados 2021"	-Aplicativo Soportes, base Correo Electrónico
2	2. Revisar y actualizar cuando se requiera los manuales, guías y protocolos de las áreas de la Dirección de Servicios Complementarios.	-No aplica en este periodo	-No aplica en este periodo
3	3. Manejo de los estándares de habilitación, acreditación, calidad y MIPG, MAG.	-"Se realizo verificación de planes de mejoramiento ALMERA Se realizo actualización de indicadores en el aplicativo ALMERA Se consolido información y soportes para auditoria de Tercero"	-"Aplicativo Soportes digitales Correo"
4	4. Conocer y aplicar los manuales, guías, protocolos y procedimientos establecidos en cada proceso, para obtener estándares satisfactorios en el desarrollo de sus actividades	-"Se realizó seguimiento planes de mejora ALMERA Se consolido información y soportes de socialización mapa de riesgos 2022 Se consolido y remito informe de Gestión Febrero 2022 Se consolido y remitió informe SUIT febrero 2022 Se consolido y remitió informe para concejal Arias"	-"Aplicativo Soportes, base Correo Electrónico Documentos informes"
5	5. Consolidar y dar respuesta a PQRS, que sean asignados.	-Se realizo la verificación, de los requerimientos remitidos, a la dirección y se dio respuesta a los asignados de manera permanente	-"ORFEO-Correo Electrónico"
6	6. Elaborar y entregar los informes necesarios de la Dirección de Servicios Complementarios hacer su respectivo seguimiento.	-"Se realizó seguimiento planes de mejora ALMERA Se consolido información y soportes de socialización mapa de riesgos 2022 Se consolido y remito informe de Gestión Febrero 2022 Se consolido y remitió informe SUIT febrero 2022 Se consolido y remito informe para concejal Arias"	-" Soportes, base Correo Electrónico Documento informe de gestión"
7	7. Y las demás actividades inherente Al objeto del contrato, Que le sean asignadas por el supervisor del mismo de acuerdo a las necesidades del servicio y en la unidad donde sea requerido.	-No aplica en este periodo	-No aplica en este periodo

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 4996000
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	5741020?		
2022	FEBRERO	2022	03	16			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CUATRO MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1996400	$ 319744	$ 320000
Salud		COMPENSAR		$ 239800	$ 316900
ARL	1	SURA		$ 10432	$ 10500
Caja de Compensación	NO		Total	$ 579976	$ 647400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	340069378

ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS
52303231

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Hoja 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52502201	ERIKA ROCIO HURTADO OLIVEROS		CARRERA 51C N 40 20R	3016086	erikaolivarm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D. C.	BOGOTA, D. C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					Empleados	Vol.
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
202210	2022-10	1	03/11/2022	57610207	$837.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Tarifa	Ajuste	Salario Integral	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días COT	IBC $	Cotización	Voluntario Afiliado	Subcuenta Aportante	Fondo pensional de destinación	Fondo pensional de traslado	Días COT	IBC $	Cotización	Tarifa	Días COT	IBC $	Cotización	Clase de riesgo	Tarifa	Días COT	IBC $	Cotización	Tarifa	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte CCF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52502201	HURTADO OLIVEROS ERIKA ROCIO	40	X																		0	0	0	0			0	0	0	0					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	52502201	HURTADO OLIVEROS ERIKA ROCIO	04	X																		30	2.795.000	335.400	0	0			30	2.795.000	335.400	4.11	30	2.795.000	1	16.800	30	2.795.000	167.700	4.00	2.795.000	83.850	111.800	83.850	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
Cc	[illegible]	[illegible]	CARRERA 24C 64-40 SUR	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - [illegible]			BOGOTA, D.C.	BOGOTA,D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DEPENDIENTE)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DD/MM/AAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
					1	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	2022-02	1	10/03/2022	5418407	390.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	280.000	40.000		0		0	0	0	0	320.000	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Cotización	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	2

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	800251440-6	70.000				69.930	0	0	69.930			930	70.000	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.000	0	0	40.000	1

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 Autoliquidación	No. Autoliquidaciones Registradas	Valor antes de ESE, LNA, IPS y Mora	Total a Pagar
Salud	1	320.000	320.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	70.000	70.000
CCF	1	40.000	40.000
SENA	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
ESAP	0	0	0
TOTALES	4	750.000	750.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información