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:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ		**Número de Documento:**	1033742180	
Correo Electrónico:	PSICOLOGAXIMENA@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3023599461	
Nombre del Supervisor:	ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6229-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1291
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K27PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$3736514	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3736514**	**TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-05-24		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-06-20
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-06-21	2022-08-15	1	$ 882737	1738
2	2022-07-01	2022-07-31	2	$ 3736514	1823
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 3663961	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3627684	$ 8246935	$ 3663961	$ 4582974

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar Investigion epidemiologica de campo (IEC) de eventos de interés en salud pública	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
2	Realizar Investigación socio epidemiologica de campo	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
3	Realizar asistencia tecnica y mantenimiento a Unidades comunitaria	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
4	Registrar la informacion de la Intervención Epidemiologica de Campo (IEC) en el formulario y/ o sistema establecido	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
5	Identificacar problemáticas de riesgos colectivos que afecten la salud y calidad de vida de la comunidad, reportando a los Entes compententes	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
6	Programar, convocar, desarrollar, levantar las actas, informes y demas actividades que garanticen las cesiones del Comite de Vgilancia Epidemiologica Comunitaria (COVECOM)	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
7	Realizar la activacion de rutas integrales de atención en salud (en el formato correspondiente)	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
8	Participar en acciones de socializacion, sensibilizacion y capacitacion tendientes a mejorar la oportunidad y calidad del dato de notitifcacion	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
9	Realizar asesoria y asistencia tecnica a las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que generan hechos vitales.	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	Registrar llamadas, asesoría virtual o correos de seguimiento a la Gestión de las Estadísticas Vitales	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
11	Validadas y ajusta las bases de Datos según requerimiento	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
12	Realizar semaforización en los diferentes tableros de control de las UPGDS que generan hechos vitales de calidad, cobertura y oportunidad de los certificados de defuncion y certificados de nacidos vivos	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
13	Apoyar en el diligenciamiento de autopsias verbales Estadísticas Vitales (EEVV).	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
14	Realizar cruces de información con prestadoras y aseguradoras, como fuente de identificación de casos	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
15	Realizar recolección de la información en el instrumento para visita de IEC con criterios de calidad e integralidad	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
16	Realizar las investigaciones epidemiológicas de campo en brotes de eventos de interés en salud pública	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
17	Coordinar las acciones para la atención integral de urgencias y emergencias complejas definidas por Instituto Distritral de Gestión de Riesgo y Cambio Climático -IDIGER	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
18	Participar activamente en los diferentes espacios de fortalecimiento del Subsistema, programados según necesidad y oportunidad	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
19	Asistir a los diferentes espacios Distritales y locales de carácter interinstitucional y a los espacios institucionales convocados en desarrollo de las Urgencias y Emergencias en salud pública y representar a la Secretaria Distrital de Salud y a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E en los Puestos de Mando Unificado convocados por el Sistema Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático - SDGR -CC cuando se requiera	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
20	Cumplir con la disponibilidad para la atencion de urgencias, emergencias y desastres en salud pública con los niveles de coordinación y servicios de respuesta y/o protocolos que indique el lineamiento.	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
21	Toma r muestras biológicas para los diferentes eventos de Salud Publica que establezcan de acuerdo a los lineamientos de Secretaria Distrital de Salud o Instituto Nacional de Salud	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO
22	Las demás que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO
23	Presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamiento establecidos por el proceso de gestion documental de la Subred (foliados, rotualdos, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	-SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD EN EL PERIODO CERTIFICADO	-FORMATO ACTA-FIRMA DE ASISTENCIA-FORMATO DE PROGRAMACIÓN - CORREOS ELECTRÓNICOS Y GESTIÓN POR REQUERIMIENTO

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		$ 3663961
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	60456859			
2022	JUNIO	2022	07	21				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA Y UNPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1465584	$ 234493	$ 234500
Salud					FAMISANAR		$ 183198	$ 183200
ARL				3	SURA		$ 35702	$ 35800
Caja de Compensación				NO		Total	$ 425341	$ 453500

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488403768846

MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ
1033742180

ELISA CAROLINA VARGAS FONTECHA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO 2 LIDER DE PROCESO

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	1033742180	Ximena Jerez	Cra 18#67-30	7654321	mquirogajerez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ 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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I		60456859	$425.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	183.200	0		0		0	0	0	0	183.200	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	234.500	0	0	0	0	0	0		234.500	1

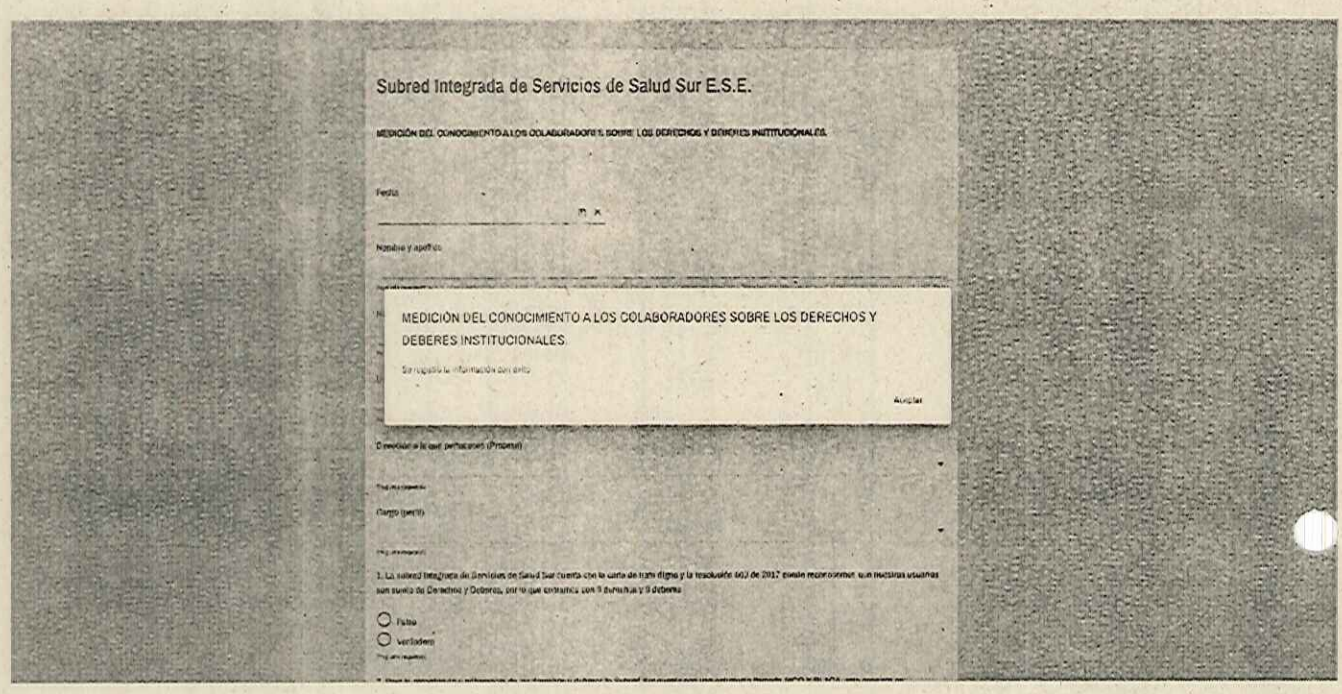
TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.700				7.700	0	0	7.700			77	7.700	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
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	183.200	183.200
Pensión	1	234.500	234.500
Riesgos Laborales	1	7.700	7.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	425.400	425.400

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



Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.

Fecha

Nombre y apellido

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.

Aceptar

Dirección a la que pertenece (Primaria)

Cargo (perfil)

1. La subred Integrada de Servicios de Salud Sur cuenta con la carta de trato digno y la resolución 667 de 2017 donde reconocemos que nuestros usuarios son sujeto de Derechos y Deberes, por lo que contamos con 9 derechos y 9 deberes

- Falso
- verdadero

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	1033742180	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ		Cra 18#67-30	7654321	mquirogajerez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, 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
60456859	21/07/2022				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-06	2022-06	N	25/07/2022	60512638	$28.100

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					

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

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	28.100				28.100	0	0	28.100			281	28.100	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
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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	28.100	28.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	28.100	28.100

PAGADA

ATESTE

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	1033742180	Ximena Jerez		Cra 18#67-30	7651321	mpulroguijerez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	I		60456859	$425.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotizante exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1033742180	GUIROGA JEREZ MARIA XIMENA	59	0			N																	23020I	1.465.585	234.500	0	0	0	0	EPS017	1.465.585	183.200	14-11	1.465.585	1	7.700		0	0	0	0	0	0	0

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	1033742180	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ		Cra 18#67-30	7654321	mquirogajerez@ymail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ 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	UPC
60456859	21/07/2022				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-06	2022-06	N	25/07/2022	60512638	$28.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Nulidad	Extranjero	Colomb. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1033742180	QUIROGA JEREZ MARIA XIMENA	59	0			N																	230201	1.465.585	234.500	0	0	0	0	EPS017	1.465.585	183.200	14-11	1.465.585	3	35.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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



¡Hola, Ximena Quiroga

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
OUS: 1586652583
Empresa: COMPENSAR-01
Descripcion: MiPlanilla.com Pago Protaccion Social
Valor de la Transacción: $ 28.100
Fecha de Transaccion: 23/07/2022

1. Información general
2. Cronograma
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

‹ Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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 JUNIO CTO 6229-2022.pdf	CUENTA JUNIO CTO 6229-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

‹ Evaluación de la Entidad Estatal ›

BOGOTÁ

Sideap

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ
Identificación:	1033742180
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	psicologaximena22@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	22/07/22 0:00

El servidor Público o colaborador, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones, potenciales, reales o aparentes, que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las causales que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés. Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con un interés particular. De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021). Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Lo anterior, para resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con mi interes particular.

De acuerdo a lo contemplado en la Ley 734 de 2002 (Ley derogada, por el artículo 265 de la Ley 1952 de 2019, que entrará en vigencia el 29 de marzo de 2022 de acuerdo con la Ley 2094 de 2021). Ley 1437 de 2011, Ley 190 de 1995, y Código de Integridad del Servicio Público Colombiano.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento.

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

Sideap

Última Actualización: 22-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA XIMENA QUIROGA JEREZ

IDENTIFICADO CON C.C. ⊙ C.E. ○ T.I. ○ No. 1033742180 CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia Departamento Bogotá D.C. Municipio Bogotá D.C.

Dirección KR 13 60 11 SUR Teléfonos 3023696481 3023696481

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MARIA VICTORIA GARCIA QUIROGA	1014574341	Hijo(a)
JOSTIN JULIAN ACOSTA QUIROGA	1022653600	Hijo(a)

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995.

PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊙

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 1.100.000,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 1.100.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
				$ 0,00