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:**	2022-09-01	**Hasta:**	2022-09-30	
Nombre del Contratista:	NATALIA NA LOPEZ CUESTA		**Número de Documento:**	1010179613	
Correo Electrónico:	NLOPEZC1@UCENTRAL.EDU.CO		**Número Telefónico:**	3148835837	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6765-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1823
Perfil:	TECNICO 1 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
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	$2299415	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2299415**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS QUINCEPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-08-18		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-09-08
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-09-08	2022-09-30	1	$ 1686238	2481
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		AGOSTO		$ 687335	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1839532	$ 3525770	$ 687335	$ 2838435

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"1. Realizar planeación, implementación, monitoreo y evaluación correspondiente a los procesos asignados de acuerdo al Plan de Intervenciones Colectivas y conforme a las cualidades de los lineamientos definidos para las actividades a desarrollar en cumplimiento al objeto contractual. Presentar informes y reportes en la periodicidad definida, con calidad, veracidad y cumplimiento, de acuerdo a la meta acordada, productividad y actividades ejecutadas.	-Linea base Entorno Institucional para el abordaje de los HCB acorde a los lineamientos de SDS, con el fin de impactar en salud de las Instituciones y la población inmersa a estas, participación en reuniones mensuales.	-Listado de asistencia y actas. Además de Fichas técnicas.
2	2. Planear, verificar y presentar los procesos de pre auditorías y auditorías internas y externas, según requerimiento, cumpliendo con características de calidad, oportunidad y veracidad. Formular las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente y apoyos del entorno Institucional.	- Acercamiento a las Instituciones HBC, centros zonales, madres comunitarias y padres de familia.	-Listado de asistencia y actas.
3	3. Realizar proceso de activación de ruta a usuarios que así lo requieran con oportunidad y calidad en el diligenciamiento del formato. Realizar acciones de gestión en lo que respecta a orientación a casos de aseguramiento y rutas de acceso a los servicios de salud, activación y movilización de rutas sectoriales e intersectoriales que se requieran. Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	- Participación en la pre critica y pre auditoria de acuerdo las necesidades del proceso.	-Acta de pre critica y certificación de actividades.
4	4. presentar los documentos generados de acuerdo a los lineamientos establecidos por el proceso de gestion documental de la Subred (foliados,rotulados, en carpeta y Formato Unico de Inventario Documental (FUID) debidamente diligenciado.	- Acercamiento a las instituciones HBC, centros zonales de HBC y madres comunitarias.	- Listado de asistencia, actas.
5	5. Las demás actividades que sean asignadas por el Supervisor del Contrato según la necesidad del servicio y del PIC.	- Las demás acciones que se requieren de acuerdo a las necesidades de la institución y del PIC.	- Listado de asistencia.
6	6. Diligenciamiento de formatos y bases solicitadas como parte del proceso del abordaje de las instituciones con calidad y de manera oportuna	- Diligenciamiento de formatos de acuerdo a los lineamientos planteados por SDS.	- Formatos de familias caracterizadas, formato de mascota verde.

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**	$ 687335
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	60918314		
2022	**AGOSTO**	**2022**	**09**	**12**			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CINCOPESOS		

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1000000	$ 160000	$ 160600
Salud		COMPENSAR		$ 125000	$ 125500
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24500
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 290220**	$ 310600

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	10805413251

Natalia Lopez Cuesta

NATALIA NA LOPEZ CUESTA
1010179613

GLORIA MARCELA GARZON RUIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2022

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	1010178613	NATALIA LOPEZ CUESTA	diagonal 49 s numero 69 29	3148835837	nlopezc1@ucentral.edu.co	
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	
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	80918314	$330.700	

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	125.000	0		0		0	4	500	0	125.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	160.000	0	0	0	0	4	600	0	160.600	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	830039790-5	24.400				24.400	4	100	24.500			244	24.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	4	100	20.100	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 Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	125.000	125.500
Pensión	1	160.000	160.600
Riesgos Laborales	1	24.400	24.500
CCF	1	20.000	20.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	330.700

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	1010178613	NATALIA LOPEZ CUESTA		diagonal 49 s numero 59 29	3148835837	nlopezc1@ucentral.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

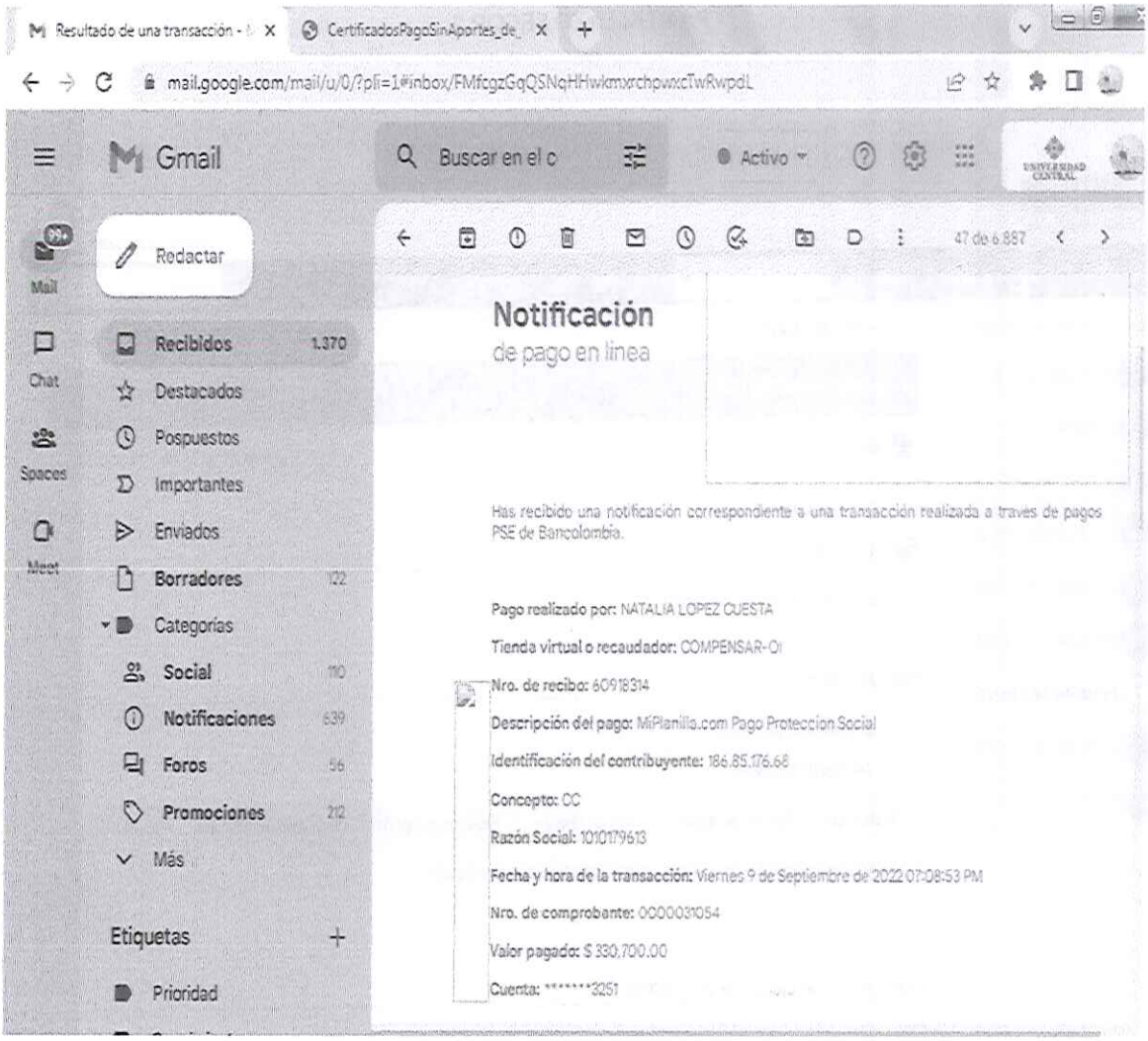
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-08	2022-08	I	12/09/2022	60918314	TOTAL A PAGAR	
					$330.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Dpto/ps	Extranjero	Cotiza, estudiar	Planilla manual	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COLECTIVA	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	1010178613	LOPEZ CUESTA NATALIA	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400	CCF24	1.000.000	28.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Resultado de una transacción -
CertificadosPagoSinAportes_de
mail.google.com/mail/u/0/?pli=1#inbox/FMfcgzGqQSNqHHwkmxrchpwxcTwRwpdL
Gmail
Buscar en el c
Activo
Redactar
Mail
Chat
Spaces
Meet
Recibidos 1.370
Destacados
Pospuestos
Importantes
Enviados
Borradores 122
Categorías
Social 110
Notificaciones 639
Foros 56
Promociones 212
Más
Etiquetas
Prioridad
47 de 6.887
Notificación
de pago en línea
Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.
Pago realizado por: NATALIA LOPEZ CUESTA
Tienda virtual o recaudador: COMPENSAR-OI
Nro. de recibo: 60918314
Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Identificación del contribuyente: 186.85.176.68
Concepto: CC
Razón Social: 1010179613
Fecha y hora de la transacción: Viernes 9 de Septiembre de 2022 07:08:53 PM
Nro. de comprobante: 0000031054
Valor pagado: $ 330.700,00
Cuenta: *******3251

PANTALLAZO SECOP 2

