| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2022-12-09 | **Hasta:** | 2022-12-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON | | **Número de Documento:** | 1031147085 | |
| **Correo Electrónico:** | Alliska3@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3014830851 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 8064-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 3591 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL UNIVERSITARIO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS SANTA MARTA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|
| K33PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | PIC | $3736514 | 37.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3736514** | **TRES MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CATORCEPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2022-12-09 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-01-31 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 3736514** | **$ 3736514** | **$ 0** | **$ 3736514** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | • Apoyar la planeación, gestión y seguimiento para la implementación del proceso de planeación de la atención y prestación de los servicios. | -Realizar la gestión y seguimiento para la implementación del proceso de planeación de la atención y prestación de los servicios. | - Magnetico |
| 2 | • Recepción de los documentos requeridos para realizar la gestión de afiliación por oficio, de acuerdo a los usuarios identificados por los grupos base | -Recepción de los documentos de afiliación por oficio reportados por los equipos base | - Fisico y magnetico |
| 3 | • Para el caso de la estrategia casa a casa, será el encargado de recepcionar los mapas con cierre de manzana, verificando la información reportada relacionada al estado de las visitas y prioridades identificadas en cada predio. | - Recepcionar los documentos presentados por los equipos | - Fisico y magnetico |
| 4 | • El profesional de apoyo operativo junto con el profesional líder del grupo de apoyo serán los responsables de orientar técnicamente las actividades desarrolladas por el grupo de técnicos auxiliares de enfermería o administrativos y dará cuenta del reporte de información de las acciones que corresponden al proceso de planeación de la atención. | - Orientar técnicamente las actividades desarrolladas por el grupo de técnicos auxiliares de enfermería o administrativos y dará cuenta del reporte de información de las acciones que corresponden al proceso de planeación de la atención. | - Magnetico y fisico |
| 5 | • Realizar seguimiento en campo a la operación, de manera aleatoria con el fin de realizar procesos de mejoramiento continuo del proceso de planeación de la atención y prestación de servicios. | - Realizar seguimiento a los euipos | - Magnetico DRIVE |

## 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 | $ 2443110 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7859195344 | | |
| 2022 | NOVIEMBRE | 2022 | 12 | 12 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CIENTODIEZPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 977244 | $ 156359 | $ 160000 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 122156 | $ 125000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 23806 | $ 24400 |
| Caja de Compensación | SI | COLSUBSIDIO | **Total** | **$ 283616** | $ 309400 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0570004870459056 |
|---|---|---|---|---|---|

Allison Katherine Almanza

**ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON**
**1031147085**

**LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL**


*© Siasur - 2022*

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 SEPTIEMBRE CTO 7031-2022.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 7031-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 7031-2022.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 7031-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 7031-2022 (1).pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 7031-2022 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CTA NOVIEMBRE 7031-2022.pdf | CTA NOVIEMBRE 7031-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

SOI | Soia

# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1031147085 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 19 A N° 51 - 25 SUR | TELÉFONO: | 2792026 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de impresión. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7859195344** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | noviembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2022 | SALUD: | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/12/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1804272706 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 160.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 125.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 125.000** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860007336 | CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 20.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 20.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 24.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 24.400** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 329.400** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| N: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1031147085 |
| IOCIAL: | | | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON |
| | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| | CRA 19 A N° 51 - 25 SUR | TELÉFONO: | 2792026 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de impresión. |
| TACIÓN: | ÚNICO | | NO |
| RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7859195344 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | noviembre AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/12/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1804272706 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301-PORVENIR | 1 | $ 160,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160,000 | $ 0 | $ 160,000 |
| | | | | | | | | | $ 160,000 | $ 0 | $ 160,000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | $ 125,000 |
| | | | | | | | | | | | | $ 125,000 | $ 0 | $ 0 | $ 125,000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 24,400 | $ 24,400 | $ 0 | $ 0 | $ 24,400 |
| | | | | | | | | $ 24,400 | $ 0 | $ 0 | $ 24,400 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 20,000 | $ 0 | $ 20,000 |
| | | $ 20,000 | $ 0 | $ 20,000 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| BRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| ZA<br>ON<br>ON<br>RINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1,237,842 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1,000,000 | $ 160,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160,000 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1,000,000 | $ 125,000 | $ 0 | $ 125,000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1,000,000 | 1234567 | $ 24,400 | 30 | 1,000,000 | SCCF22-COLSUBSIDIO | $ 20,000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 329.400 |
|---|---|

Planilla radar
SOI
Planilla Pagada



USUARIO: SOI CC1031147085