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:	2023-02-01	Hasta:	2023-02-28	
Nombre del Contratista:	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		Número de Documento:	1090476150	
Correo Electrónico:	dianashernandezmarin@gmail.co		Número Telefónico:	3142933523	
Nombre del Supervisor:	PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1917-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	505
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
B01VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	56	0	37000	$2072000	30.1%
B02VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	56	0	37000	$2072000	30.1%
B03VB	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	56	0	37000	$2072000	30.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 6216000	SEIS MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2023-06-30

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

$ 27528000	$ 27528000	$ 0	$ 27528000

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1). Prestar servicios de perfil (medico(a)) acorde con la Lex Artis, segun necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	--UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS; RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	--FORMULACION RACIONAL MEDICAMENTO
2	2). Realizar actividades de informacion, educacion, comunicacion, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria.	--REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA	--EVALUACIONES
3	3). Registrar en la historia clinica toda la información del acto medico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas; distintas las internacionalmente aprobadas), simultanea o inmediatamente despues de su realización, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad cientifica (logica, clara, completa) y demas criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulen la materia (Resolucion 1995-1999, 839-2017 norma que la modifique o sustituya).	--BASADO EN LA EVIDENIA CIENTIFICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	--FORMULAS MEDICAS
4	4). Apoyar la elaboracion, actualizacion de formatos, protocolos, guias, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadisticas vitales, MIPRES, en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	--NO APLICA	--NO APLICA
5	5) Apoyar en la identificacion, caracterizacion, inscripcion, manejo, seguimiento y canalizacion a usuarios a las diferentes rutas de atencion en salud, asi como la consolidacion de informacion para la trazabilidad de indicadores de la salud.	--REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVCION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	--PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	--CUMPLIENTO DE METAS Y COMPROMIO ASIGNADOS	--NO APLICA
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento medico acorde al cuadro clinico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y-o seguimiento ambulatorio.	--RESENTACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES	--FORMATOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	--APLICANDO PROTOCOLOS	--LLENAR FORMATOS
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	--PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	--PLANILLA DE PAGO

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	$ 6638784
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	65297952		
2023	ENERO	2023	02	09			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2655514	$ 424882	$ 434900
Salud		SANITAS		$ 334939	$ 332000
ARL	3	SURA		$ 64688	$ 64700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 770683	$ 831600

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	087878653

DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN
1090476150

PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

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	SIRE

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2023-01-01	Hasta:	2023-01-31	
Nombre del Contratista:	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		Número de Documento:	1090470150	
Correo Electrónico:	dianashernandezmarin@gmail.co		Número Telefónico:	3142033523	
Nombre del Supervisor:	PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA	Cargo:	PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2989-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	426
Perfil:	MEDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
B01VH	DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	64	0	34577	$2212928	33.3%
B02VH	DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	64	0	34577	$2212928	33.3%
B03VH	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	USS VISTA HERMOSA	64	0	34577	$2212928	33.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$6638784	SEIS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL SETECIENTOS OCHENTA Y CUATROPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2022-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
1	2022-04-01	2022-09-31	1	$ 16320344	1024
2	2022-06-01	2022-06-30	2	$ 484078	1757
3	2022-07-01	2022-09-30	3	$ 14522340	1954
4	2022-08-01	2022-09-30	4	$ 6638784	2328
5	2022-10-01	2022-10-31	5	$ 4149240	2801
6	2022-11-01	2022-12-31	6	$ 6638784	3333
7	2022-12-01	2023-01-31	7	$ 5633220	3708
8	2023-01-01	2023-01-31	8	$ 5679628	219

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 5868936
2	MARZO	$ 6638784
3	ABRIL	$ 8505942
4	MAYO	$ 7468632
5	JUNIO	$ 6223860
6	JULIO	$ 6638784
7	AGOSTO	$ 6223860
8	SEPTIEMBRE	$ 6223860
9	OCTUBRE	$ 6638784
10	NOVIEMBRE	$ 6223860
11	DICIEMBRE	$ 6431322

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19916352	$ 79872870	$ 73026624	$ 6846246

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	"El Prestador servicios de perfil especifico acorde con la Tres Artes, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E. de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes"	-UTILIZAR NORMAS Y PROTOCOLOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS DISTINTAS PATOLOGIAS; RECONOCIENDO LA DISPONIBILIDAD DE INSUMOS FARMACOLOGICOS QUE CUENTA LA INSTITUCION EN EL MOMENTO DE LA FORMULACION	-FORMULACION RACIONAL MEDICAMENTO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	2). Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual familiar y comunitario.	-REALIZACION DE EVALUACION DE LA PLATAFORMA	-EVALUACIONES
3	3). Registrar en la historia clínica toda la información del acto médico, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas, distintas las internacionalmente aprobadas, simultánea o inmediatamente después de su realización, con integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protección Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 0995/1999, 839/2017 norma que la modifique o sustituya).	-BASADO EN LA EVIDENIA CIENTIFICA REALIZAR FORMULACION PERTINENTE	-FORMULAS MEDICAS
4	4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de medicina y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, estadísticas vitales, MIPRES en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad.	-NO APLICA	-NO APLICA
5	5). Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud, así como la consolidación de información para la trazabilidad de indicadores de la salud.	-REALIZAR EVOLUCIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS, OBSERVACION Y GENERAR PLANES DE MANEJO	-PLANES DE MANEJO Y EVOLUCION
6	6). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, de acuerdo a la normatividad legal vigente.	-CUMPLIENTO DE METAS Y COMPROMISO ASIGNADOS	-NO APLICA
7	7). Valorar (evaluar), diagnosticar, definir plan de tratamiento médico acorde al cuadro clínico del paciente que consulte a LA SUBRED SUR E.S.E., hasta su egreso y/o seguimiento ambulatorio.	-RESESTMACION DE CUENTA DE COBRO Y ACTIVIDADES	-FORMATOS.
8	8). Informar oportunamente a familiar, acudiente, representante o Entidad custodia del paciente, la evolución, riesgo, complicación del cuadro clínico objeto de tratamiento.	-APLICANDO PROTOCOLOS	-LLENAR FORMATOS
9	9) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo y de las actividades misionales."	-PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES	-PLANILLA DE PAGO

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	$ 6431322
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	645794605		
2022	DICIEMBRE	2023	01	06			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y UN MIL TRESCIENTOS VEINTIDOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensiones	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2572529	$ 411605	$ 411700
Salud		SANITAS		$ 321566	$ 321700
ARL	3	SURA		$ 62667	$ 62700
Caja de Compensación	NO		Total	$ 746600	$ 796400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	087878653

Diana Hernandez

DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN
1090426150

PAOLA ANDREA NAVAS FONSECA
PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD

8:41

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

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

Se registró la información con éxito

Aceptar

a todos sus colaboradores, independient
de su forma de vinculación.

Tiene como objetivo adelantar el perf
sociodemográfico y de morbilidad sentid
de la Subred Integrada de Servicios d
Salud Sur E.S.E., para la elaboración

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830[illegible]6	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MAYA		[illegible]	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	ENTIDAD / MUNICIPIO		
UNICA	[illegible]			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	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	1	26/01/2023	84579485	5799 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	321 700	0		0		0	0	0	0	321 700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	411 700	0	0	0	0	0	0		411 700	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	62 700				62 700	0	0	62 700			627	62 700	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	321 700	321 700
Pensión	1	411 700	411 700
Riesgos Laborales	1	62 700	62 700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	796 100	796 100

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	1090470158	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		CRA 5E 1 sur 70A 17	8000000	dianahernandez@sam-ep.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independientes			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	VPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	1	06/01/2023	84579465	$358.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
TIPO	Número Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Salario Integral	Pensionado	Cotiza Exterior	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRP	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario a Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización EPS / 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
CC	1090470158	HERNANDEZ MARIN DIANA SHIRLEY				N										25-14	358.100	43.000	0	0	0	0	EPS025	358.100	14.000	14-1	358.100	1	1.740														



Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren ejecuciones de costos de nacionalización? 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

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
Factura [illegible].pdf	Factura [illegible].pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE MAYO.pdf	CUENTA DE MAYO.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO 2022.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
documentos faltantes julio 2022.pdf	documentos faltantes julio 2022.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2022.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO 2022.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DE AGOSTO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO 2022.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE 2022.pdf	Proveedor	[illegible]	[illegible]
CUENTA DE COBRO DE	CUENTA DE COBRO DE	Proveedor	[illegible]	[illegible]

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	1090476150	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN		calle 57 f sur 70a 17	0000000	dianashernandez@uan.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.		SI

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	
2023-01	2023-01	1	09/02/2023	65297952	$821.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	332.000	0		0		0	0	0	0	332.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	424.900	0	0	0	0	0	0		424.900	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	64.700				64.700	0	0	64.700			647	64.700	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	332.000	332.000
Pensión	1	424.900	424.900
Riesgos Laborales	1	64.700	64.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	821.600	821.600

Este documento esta 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	1090476150	DIANA SHIRLEY HERNANDEZ MARIN	calle 57 sur 70a 17	0000000	dianashernandez@gah.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2023-01	2023-01	1	09/02/2023	85297952	$821.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colegio	Vivienda	Estudiante	Cotizante Exterior	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. 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
CC	1090476150	HERNANDEZ MARIN DIANA SHIRLEY	88	0		N																		25-14	2.655.600	424.900	0	0	0	0	EPS004	2.655.600	325.000	14-11	2.655.600	3	64.700		0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

< 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		
☐	Febrero-2989.pdf	Febrero-2989.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE MARZO.pdf	CUENTA DE MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	contrato de abril.pdf	contrato de abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE MAYO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	documentos faltantes julio 2022.pdf	documentos faltantes julio 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE JUNIO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE JULIO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE AGOSTO 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DEL MES DE SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE 2022.pdf	CUENTA DE COBRO DE OCTUBRE 2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE NOVIEMBRE.pdf	CUENTA DE COBRO DE NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO DE ENERO.pdf	CUENTA DE COBRO DE ENERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >