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:**	2023-08-01	**Hasta:**		2023-08-31
Nombre del Contratista:	LEIDY PAOLA VANEGAS SANCHEZ		**Número de Documento:**		1007538570
Correo Electrónico:	leidyvane.sanchez24@gmail.com		**Número Telefónico:**		3184449834
Nombre del Supervisor:	YULY ANDREA BUTIRAGO MELO	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - SALUD REFERENTE UNIDAD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1984-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	505
Perfil:	AUXILIAR DE ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS LA ESTRELLA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I06JT	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNJUELITO	168	0	10510	$1765680	90.3%
J10VG	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS LA ESTRELLA	0	68	10510	$714680	36.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2480360**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL TRESCIENTOS SESENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-07	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30

No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2023-06-01	2023-07-31	1	$ 0	0
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 0	0

Powered by CamScanner

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	$ 2017920
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	27152629		
2023	JULIO	2023	08	22			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DIECISIETE MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 186700
Salud		FAMISANAR		$ 145000	$ 145900
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28500
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 361100

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	54700001518

Leidy Paola Vanegas Sanchez

LEIDY PAOLA VANEGAS SANCHEZ
1007538570

YULY ANDREA BUTIRAGO MELO
PROFESIONAL SALUD ESPECIALIZADO - REFERENTE UNIDAD

Powered by CamScanner

PLANILLA NRO. 27152629 Tipo I 2023 07 ASOPAGOS

DATOS GENERALES														
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL			TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL
CC	1007538570	LEIDY PAOLA VANEGAS SANCHEZ			ÚNICO		0	2023-07	2023-07	27152629		PRIVADA	I	14-11
DIRECCIÓN		CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO		ACTIVIDAD ECONÓMICA		VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO
CALLE 71 J BIS SUR 27 A 11		BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	3184449834	0	LEIDYVANE.SANCHEZ24@GMAIL.COM		8299		0	1	2023-08-22

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR
EPS017	830003564	145000	0	0	0	0	0	145000	5	900	0	145900	0	0	0	0	145900

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NUM AFILIADOS
230301	800224808	185600	0	0	0	5	1100	0	186700	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-11	890903790	28300	0	0	0	28300	5	200	28500	0	0	285	28500

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	5	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	5	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	5	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES
0	5	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES
0	5	0

NUMERO ADMINISTRADORA
PENSIONES
SALUD
RIESGOS LABORALES
CAJAS COMPENSACIÓN

TOTAL A PAGAR POR ADMINIS
PENSIONES
SALUD
RIESGOS LABORALES
CAJAS COMPENSACIÓN
SENA
ICBF
ESAP
MINISTERIO
GRAN TOTAL