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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	GINA PAOLA ORTIZ MOYA		**Número de Documento:**	1001060655	
Correo Electrónico:	paomoyaortiz@gmail.com		**Número Telefónico:**	3175873239	
Nombre del Supervisor:	DIANA CAROLINA USSA RUIZ	**Cargo:**	JEFE OFICINA SISTEMAS DE INFORMACION TIC	**Código - Grado:**	006-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4105-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1011
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (GESTION DOCUMENTAL)				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R35SA	OFICINA DE SISTEMAS DE INFORMACION - TIC	ADMINISTRATIVA	$1654800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1654800**	**UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-03-23		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-08-31	1	$ 1434160	1764
2	2023-08-01	2023-09-30	2	$ 1654800	2482
3	2023-09-01	2023-10-31	3	$ 1654800	2864
4	2023-10-01	2023-11-30	4	$ 1654800	3208
5	2023-11-01	2023-12-15	5	$ 2482200	3677

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MARZO	$ 441280
2	ABRIL	$ 1654800
3	MAYO	$ 1654800
4	JUNIO	$ 1654800
5	JULIO	$ 1654800
6	AGOSTO	$ 1654800
7	SEPTIEMBRE	$ 1654800
8	OCTUBRE	$ 1654800

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5626320	**$ 14507080**	**$ 12024880**	**$ 2482200**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar procesos técnicos archivísticos de clasificación, organización y descripción documental (inventarios documentales)	- SE REALIZA INVENTARIOS DE LA FUIDD USS HOSPITAL TUNAL 4125 RESGISTROS DE HISTORIAS CLINICAS	-SE REALIZA INVENTARIOS DE LA FUIDD USS HOSPITAL TUNAL 4125 RESGISTROS DE HISTORIAS CLINICAS
2	Apoyar el proceso revisión en primera linea de los inventarios documentales realizados	- NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR
3	Trasladar alistar y rearchivar las unidades documentales a inventariar	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR
4	Generar informes de produccion de las tareas asignadas	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR
5	Buscar documentos (administrativos e historia clínica) solicitados para préstamos documentales y garantizar el rearchivo de los mismos	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR
6	Atender al cliente interno y externo de la Subred Sur	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR
7	Realizar labores administrativas, verificacion de las comunidades oficiales, radicacion en aplicativos	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR	-NO APLICA PERIODO A CERTIFICAR

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	$ 1654800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	72356389		
2023	OCTUBRE	2023	11	09			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	UN MILLON SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 145000
ARL	1	SURA		$ 6055	$ 6100
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 336700

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488426543101

PAOLA ORTIZ

GINA PAOLA ORTIZ MOYA
1001060655

DIANA CAROLINA USSA RUIZ
JEFE OFICINA SISTEMAS DE INFORMACION TIC

© Siasur - 2023

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1001060655	GINA PAOLA ORTIZ MOYA	transversal 5 q bis #48 q-15 sur	6012045350	ortizmoyapaola@gmail.com	
ORMA ENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-10	2023-10	I	09/11/2023	72356389	$336.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

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					
008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

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
01	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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										
1	ARL SURA	890903790-5	6.100				6.100	0	0	6.100			61	6.100	1

TOTALES CAJAS

go CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	6.100	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	336.700	336.700

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	1001060655	GINA PAOLA ORTIZ MOYA	transversal 5 q bis #48 q-15 sur	6012045350	ortizmoyapaola@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2023-10	2023-10	I	09/11/2023	72356389	$336.700

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	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
CC	1001060655	ORTIZ MOYA GINA PAOLA	57	0			N																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	1	6.100		0	0	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

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? Sí 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 DE COBRO ABRIL -4105-2023.PDF	CUENTA DE COBRO ABRIL -4105-2023.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARZO-4105-2023.PDF	CUENTA DE COBRO MARZO-4105-2023.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MES MAYO N°4105.PDF	CUENTA MES MAYO N°4105.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MES JUNIO #4105 2023.PDF	CUENTA MES JUNIO #4105 2023.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MES JULIO-4105-2023.PDF	CUENTA MES JULIO-4105-2023.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-4105-2023.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE-4105-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES AGOSTO-4105-2023.PDF	CUENTA DE COBRO MES AGOSTO-4105-2023.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 4105-2023.PDF	CUENTA DE COBRO MES OCTUBRE 4105-2023.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >