Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ TERESA ARIAS CORDERO
No. Identificación: CC52934778
Dirección: CL 53 72 74
Telefono: 3224382354
Correo: lutear2022@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8375679277

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ TERESA ARIAS CORDERO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52934778	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2024
Número de planilla	8375679277	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2024
Fecha pago	2024-03-19	**Número de Administradoras**	2
Número de autorización pago	50140581	**Total Pagado**	49500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8375679277

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	27800	1
EPS008	Compensar EPS	21700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52934778
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ TERESA ARIAS CORDERO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	173334	173334	0	0	21700	0	27800	0	0	0

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	52934778	LUZ TERESA ARIAS CORDERO	CL 53 72 74	3224382354	lutear2022@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	UPC
8375679277	19/03/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	N	22/03/2024	75800340	$4.400	

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					

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

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	4.300				4.300	3	100	4.400			43	4.400	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	4.300	4.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	4.300	4.400

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	52934778	LUZ TERESA ARIAS CORDERO	CL 53 72 74	3224382354	lutear2022@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

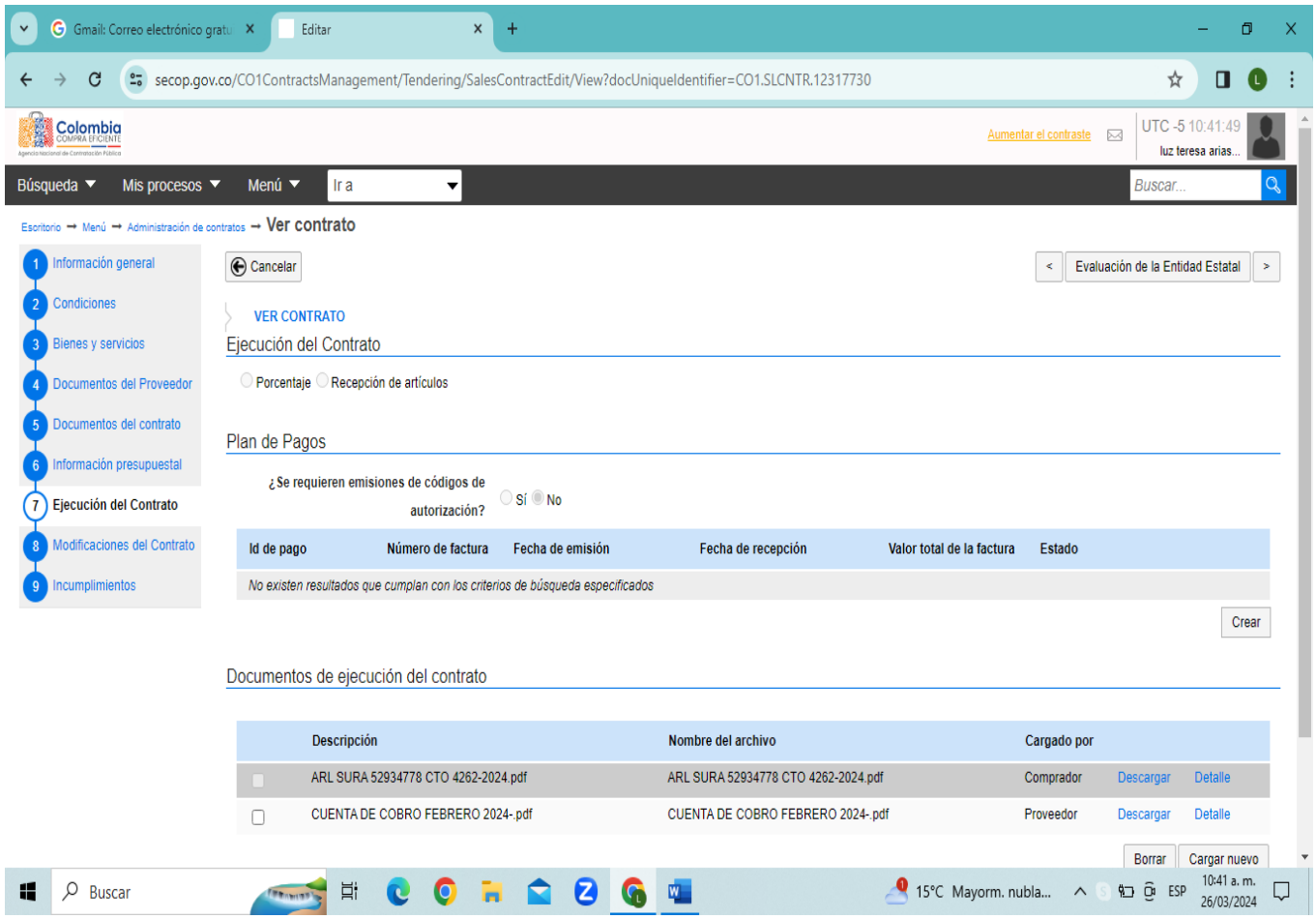
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8375679277	19/03/2024	N	22/03/2024	75800340	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02				$4.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	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
1	CC	52934778	ARIAS CORDERO LUZ TERESA	59	0			N	X																230301	173.334	27.800	0	0	0	0	EPS008	173.334	21.700	14-11	173.334	3	4.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


Gmail: Correo electrónico gratu
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.12317730
Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 10:41:49
luz teresa arias...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
ARL SURA 52934778 CTO 4262-2024.pdf
ARL SURA 52934778 CTO 4262-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024-.pdf
CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024-.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Buscar
15°C Mayorm. nubla...
ESP
10:41 a. m.
26/03/2024

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:**	2024-03-01	**Hasta:**	2024-03-31	
Nombre del Contratista:	LUZ TERESA ARIAS CORDERO		**Número de Documento:**	52934778	
Correo Electrónico:	lutear2022@gmail.com		**Número Telefónico:**	3224382354	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4262-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	683
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 PIC				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS USME				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-02-26		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-03-06
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-03-01	2024-05-31	1	$ 11449752	763

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 521496
2	MARZO	$ 3998136

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

© Siasur - 2024

$ 1066152	**$ 12515904**	**$ 4519632**	**$ 7996272**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	Realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	-se realiza las debidas caracterizaciones a menores de nuevo ingreso a los HCB no caracterizados , implementando los debidos planes de cuidado con 42 sesiones colectivas .	Fichas de caracterización del HCB , planes de cuidado institucional
2	Asesorias a cuidadores, cuidadoras, acudientes para cursos de vida segun tipo de institucion para la promocion de la salud y la prevencion de enfermedades.	Se realizan las debidas asesorías a acudientes o cuidadores analizadas y previstas , mediante la identificación de diferentes necesidades implementando secciones educativas.	Formato de secciones educativas a padres de familia. Plan de cuidado institucional.
3	Identificar y riesgos en la poblacion abordada para notificacion eventos de interes en salud publica y activacion de rutas integrales de salud.	-Identificación de riesgo de la población realizando la debida notificaciones para activación de las diferentes rutas integrales.	-Formato de canalizaciones.
4	Diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento de la secretaria distrital y/o institucional y elaboracion de informes segun competencia	-Se realiza adecuado diligenciamiento para la recolección de información necesaria para la elaboración de informes.	-Fichas de caracterización, fichas de secciones colectivas, talleres de padres de familia, planes de cuidado institucional implementado.
5	Garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin	-Entrega de los soportes de información, recolectada para realizar la debida actualización de datos.	-Entrega de fichas y formatos de caracterizacion.
6	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-Entrega de manera puntual productos propuestos y obtenidos mediante indicaciones.	-Entrega de soportes
7	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental	-Entrega del archivo correspondiente a las intervenciones implementadas durante el proceso.	-Ficha de caracterización, ficha de secciones colectivas, planes de cuidado institucional implementado.
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Se realizan actividades que son generadas mediante la necesidad de la población intervenida.	-Informe de ejecución de actividades.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	$ 521496
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8375679277	-		
2024	**FEBRERO**	**2024**	**03**	**19**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	QUINIENTOS VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 27800**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 21700**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 4400**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 53900**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	742704500

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ TERESA ARIAS CORDERO	2024-03-22 19:57:38
RECHAZADO SUPERVISOR	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	2024-03-26 10:19:57
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ TERESA ARIAS CORDERO	2024-03-26 15:08:30
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	2024-03-26 16:30:11
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-03-27 16:02:03
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-12 14:35:51

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



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

© Siasur - 2024