| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-02-01 | **Hasta:** | 2024-02-29 | |
| **Nombre del Contratista:** | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | | **Número de Documento:** | 1003893280 | |
| **Correo Electrónico:** | juraniiereiina@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3124508425 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5800-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 1394 |
| **Perfil:** | TECNICO (TERRITORIOS) | | | | |
| **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 |
|---|---|---|---|---|
| V07PI002 | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | USS SANTA MARTA | $2460448 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2460448** | **DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-05-06 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-09-30 | 1 | $ 9841792 | 1790 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 2460448 | 2837 |
| 3 | 2023-11-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 0 | 0 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 4867408 | 3497 |
| 5 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 5 | $ 3476720 | 233 |
| 6 | 2024-02-01 | 2024-03-31 | 6 | $ 3744160 | 611 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
| 1 | MAYO | $ 2460448 |
| 2 | JUNIO | $ 2460448 |
| 3 | JULIO | $ 2460448 |
| 4 | AGOSTO | $ 2460448 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 2460448 |
| 6 | OCTUBRE | $ 2406960 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 2406960 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 2460448 |
| 9 | ENERO | $ 2353472 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 2460448** | **$ 26850976** | **$ 21930080** | **$ 4920896** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Garantizar la apertura de la historia clínica y dar acceso al profesional de la salud (médico, médico especialista, enfermera y psicólogo) quien hará el registro de la atención médica en el sistema de información para registro de historia clínica. | -SE REALIZA LA APERTURA DE LAS LAS HISTORIAS CLINICAS PARA EL PERSONAL DE SALUD. | -CODIGOS DE HISTORIAS CLINICAS |
| 2 | Realizar la verificación de la frecuencia de uso según el esquema de intervenciones/atenciones en salud individuales definido en el lineamiento técnico y operativo de la RPMS (Resolución 3280-2018) y determinará el tipo de atención que requiere el usuario. | -SE REALIZA LA VERIFICACION DE LA FRECUENCIA DE USO Y SE DETERMINA EL TIPO DE ATENCION QUE REQUIERE EL USUARIO | -HISTORIAS CLINICAS DE DINÁMICA |
| 3 | Verificar el registro de la atención y dar cierre al proceso, en caso de identificar atenciones sin registro en historia clínica informar al líder de planeación quien realizará el reporte a los líderes operativos para su debido seguimiento. | -SE VERIFICA EL REGISTRO DE ATENCION EN LA HISTORIA CL-NICA DE DINÁMICA, SE DE CIERRE AL PROCESO FACTURANDO, CUANDO NO HA HISTORIAS CLINICAS SE INFORMA AL LIDER DE PLANEACION.c | -HISTORIAS CLINICAS DE DINÁMICA, FACTURACION DINÁMICA |
| 4 | Realizar el cierre del 100% de los ingresos aperturados durante el mes, realizando la facturación a la EAPB correspondiente, según la atención realizada por parte de los profesionales y realizar el registro de la apertura de la historia clínica en la matriz definida para tal fin. | -SE FACTURA EL 100% DE DE INGRESOS ABIERTOS MENSUALMENTE Y SE REGISTRA EN DRIVE EL CODIGO DE APERTURA DE INGRESO | -DINÁMICA Y HOJA DE CALCULO DE DRIVE |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | Realizar la revisión de historia clínica en busca de las órdenes generadas por las consultas realizadas por los profesionales de equipos de atención en casa, adicionalmente se realizará una revisión de frecuencias de uso con el fin de identificar las consultas pendientes que por curso de vida le corresponde a cada usuario según esquema de atenciones, y realizar agendamiento de las citas médicas que sean necesarias teniendo en cuenta la disponibilidad de agenda en la subred o de EAC, dejar registro del tipo de consulta agendada en matriz de agendamiento. | -SE VERIFICAN HISTORIAS CL-NICAS EN DINÁMICA DE LOS EAC Y SE IDENTIFICA QUE CONSULTAS TIENE EL USUARIO PENDIENTES SEG-N LA FRECUENCIA DE USO QUE LERO, SE REALIZA EL PROGRAMA MIENTO DE LAS CITASICAS QUE SEAN NECESARIAS Y SE REGISTRAN EN LA MATRIZ DE PROGRAMA EN EXCEL. | -HISTORIAS CLINICAS DE DINÁMICA, BASE DE PROGRAMA MIENTO EXCEL. |
| 6 | Realizar el proceso de verificación en historia clínica de las órdenes médicas derivadas de la atención inicial de EAC, identificará los usuarios con órdenes a las especialidades de: medicina familiar, medicina interna y psiquiatría, con el fin de realizar el agendamiento de acuerdo con la modalidad de servicio habilitada en cada subred con los profesionales especializados que se encuentran contratados en el convenio para tal fin. | -SE VERIFICAN HISTORIAS CL-NICAS Y ORDENES MEDICAS ENVIADAS POR LOS EAC, Y SE IDENTIFICA QUE USUARIOS TIENOE ORDENES DE MEDISTAS DE MEDIO FAMILIAR, MEDERIO INTERNA Y PSIQUIA-A, SE REALIZA EL PROGRAMAMIENTO EN LA SUBRED. | -HISTORIAS CLINICAS DE DINÁMICA, BASE DE PROGRAMA DE CITAS ECXEL |
| 7 | Realizar el contacto telefónico de los usuarios que se encuentran en la base de ruteo-SDS con el fin de actualizar y/o confirmar datos de ubicación y agendar la visita del grupo base o profesional de psicología. Al finalizar este primer contacto telefónico con el usuario se indicará el objetivo de la visita, tipo de atención y día en el que el equipo realizará la valoración integral del usuario y su familia en la vivienda. | -LLAMADA TELEFÓNICA AL USUARIO PARA LA VERIFICACIÓN DE DATOS PERSONALES, Y DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA PARA PODER PROGRAMAR VISITA DEL PROFESIONAL. | -AGENDA MIENTO DE CITA CON PROFESIONAL A CARGO QUIEN SE DIRIVE A LA VIVIENDA, DEJANDO Adjuntos VERIFICADOS EN LA BASE DE DATOS DE CADA PROFESIONAL. |
| 8 | Realizar el proceso de recordación de citas previo al día de la cita asignada, que consiste en el contacto telefónico y/o uso de otros canales de comunicación, con el fin de recordar al usuario el día, hora, tipo de cita asignada (intramural o en la vivienda por EAC). Sí hay cancelación de la cita por parte del usuario habrá lugar a una reprogramación de esta. | -LLAMADA TELEFÓNICA AL USUARIO REALIZANDO PREVIO RECORDATORIO DE LA CITA ASIGNADA ANTERIORMENTE | -DILIGENCIA MIENTO EN LA BASE DE DATOS CON INFORMACIÓN PROPORCIONADA POR EL USUARIO. |
| 9 | Realizar el seguimiento a las citas que registren inasistencias, haciendo un nuevo contacto telefónico o realizando la verificación en historia clínica dicha atención. En caso de inasistencia del usuario se realizará la reprogramación de la cita según disponibilidad de agendas y disponibilidad del usuario. | -LLAMADA TELEFÓNICA AL USUARIO REALIZANDO INDAGACIÓN DE LA CITA MEDICA PROGRAMADA, EN CASO DE INASISTENCIA SE PREGUNTA EL PORQUE Y SE LOGRA UNA RESIGNACIÓN DE LA MISMA. | -REVISIÓN DE HISTORIA CLINICA,MIENTO DE NUEVA CITA, DILIGENCIA MIENTO DE BASE DE DATOS ASIGNADA. |
| 10 | Llevar registro del 100% de usuarios con citas agendadas, que darán cuenta del tipo de agendamiento, fechas de las citas, tipo de consulta, estado de la cita, entre otros, adicionalmente permitirá realizar un proceso de recordación de citas, seguimiento a los usuarios inasistentes, y reprogramaciones. | -DILIGENCIA MIENTO DIARIO DE LA BASE DE DATOS LLENANDO CADA UNA DE LAS CASILLAS SEGUNA, CON LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO ABORDADO | -DILIGENCIAMIENTO DIARIO DE LA BASE DE DATOS LLENANDO CADA UNA DE LAS CASILLAS , CON LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO ABORDADO |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 11 | Asistir de manera oportuna al comité interno de planeación, el cual se realizará una vez al mes, en estas sesiones se identificarán las necesidades de articulación con procesos de EAC y de la Subred, así mismo, se revisarán los indicadores para establecer las mejoras a que haya lugar para el proceso. | -SE ASISTE A LAS JORNADAS PROGRAMADAS POR EL CONVENIO. | -LISTADO DE ASISTENCIA. |
| 12 | Ejecutar las demás actividades descritas en el proceso de planeación de la atención en las cuales se menciona el perfil de técnico auxiliar de enfermería o administrativo. | -EJECUTAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES DESCRITAS EN EL PROCESO DE PLANEACION DE LA ATENCIÓN EN LAS CUALES LAS SE MENCIONA EL PERFIL DE TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA O ADMINISTRATIVO. | -A FUNCION DEBE PRESTAR SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD DE LOS LOS CINCO DE COMPLEJIDAD, ADELANTANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERENCIA DE ENFERMEDAD AINVO INDIVIDUAL Y COLECTIVO QUE LE BRINDEN AL USUARIO UNA ATENCIÓN INTEGRAL, PARA LO CUAL SE DEBE FORQUILER FORTALECER ACIONESC DE AUTO CUIDADO Y MUTUO CUIDADO DE MUTUO CUIDADOY LAS ACCIONES INTERSECTORIALES QUE FOMENTEN ACCIONES INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PARA INTENSIVAS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. |
| 13 | Dar cumplimiento a la ejecución de las obligaciones contenidas en este clausulado, de acuerdo a la matriz programática entregada por la Secretaría de Salud, realizando con calidad, pertinencia y oportunidad, el agendamiento, abordaje, visitas, valoración integral, planificación de la atención, seguimiento y monitoreo, a las poblaciones en los territorios priorizados. | -DAR CUMPLIMIENTO A LA EJECUCION DE LAS OBLIGACIONES CONTENIDAS EN ESTA CLAUSULADO, DE ACUERDO A LA MATRIZ PROGRAMÁTICA ENTREGADA POR LA SECRETARIA DE SALUD, REALIZANDO CON CALIDAD, PERTINENCIA Y OPORTUNIDAD | -EL PROGRAMA MIENTO, ABORDAJE, VISITAS, VALORACI-N INTEGRAL, PLANIFICACION DE LA ATENCION, SEGUIMIENTO Y MONITOREO A LAS POBLACIONES EN LOS TERRITORIOS PRIORIZADOS. |
| 14 | De acuerdo a la matriz programática realizará la meta establecida por PRODUCTOS y se realizarán las Agendas con seguimiento según lo solicitado por Equipos de Atención en Casa y Relevos, Asistencia y Análisis de casos, Casos con apertura y cierre de atención. | -DAR CUMPLIMIENTO A LA META ESTIPULADA POR EL LIDER OPERADOO | VERIFICACIÓN DE META POR EL LIDER DONDE AUTORIZA LA CUENTA DE COBRO, SI SE CUMPLEN AL 100% LAS 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 | $ 2353472 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 74688223 | - | | |
| 2024 | ENERO | 2024 | 02 | 12 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y DOSPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1256666.6666667 | $ 201067 | **$ 208000** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 157083 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 30612 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 364710** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 03100072458 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | 2024-02-23 12:31:01 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-02-24 21:56:04 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | 2024-02-25 20:44:05 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | 2024-02-25 20:44:49 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-02-26 08:22:44 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-02-26 13:27:03 |


***© Siasur - 2024***

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


***© Siasur - 2024***

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | **NIT:** | 1003893280 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | enero 2024 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | enero 2024 |
| **Número de Radicación:** | 74688223 | **Total a pagar:** | $402,200 |
| **Fecha de vencimiento:** | 19/02/2024 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 12/02/2024 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Número Autorización:** | 447746516 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0 | $31,700 |
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $208,000 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $162,500 |
| | | | | | | $402,200 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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 | 1003893280 | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | Carrera 11 b este #51a 58 sur | 3124508425 | juraniiereiina@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | 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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 12/02/2024 | 74688223 | $402.200 |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 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 | 162.500 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 402.200 | 402.200 |

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 |
| CC | 1003893280 | JURANNIE ANDREA FLOREZ REINA | | Carrera 11 b este #51a 58 sur | 3124508425 | juraniiereiina@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| NO |

| 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 |
| 2024-01 | 2024-01 | I | 12/02/2024 | 74688223 | $402.200 |

## 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 | Exonerado | N/G | 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 | 1003893280 | FLOREZ REINA JURANNIE ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 162.500 | 14-11 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 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 Artículos del catálogo
4 Documentos de atestación
5 Documento de contrato
6 Información de presupuesto
7 Ejecución del contrato
8 Versiones de contrato
9 Incumplimientos

Cancelar | Paso anterior | Evaluación del comprador | Próximo paso

**VER CONTRATO**

## Ejecución del contrato

Porcentaje ArtículoRecepción

## Factura de contrato

**¿Se necesita autorización de registro?** Sí No

| ID de pago | Número de factura | Fecha de asunto | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No se encontraron artículos...*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | subido por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA MAYO CTO 5800 - 2023.pdf | CUENTA MAYO CTO 5800 - 2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JUNIO CTO 5800-2023.pdf | CUENTA JUNIO CTO 5800-2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA JULIO CTO 5800 - 2023.pdf | CUENTA JULIO CTO 5800 - 2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA AGOSTO CTO 5800-2023.pdf | CUENTA AGOSTO CTO 5800-2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5800-2023.pdf | CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5800-2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA OCTUBRE CTO 5800-2023.pdf | CUENTA OCTUBRE CTO 5800-2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA NOVIEMBRE CTO 5800-2023.pdf | CUENTA NOVIEMBRE CTO 5800-2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DICIEMBRE CTO 5800 - 2023.pdf | CUENTA DICIEMBRE CTO 5800 - 2023.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA ENERO CTO 5800 - 2024.pdf | CUENTA ENERO CTO 5800 - 2024.pdf | Proveedor | descargar | Detalle |

Quitar seleccionado | Subir nuevo

Cancelar | Paso anterior | Evaluación del comprador | Próximo paso

4:22 58%
e.almeraim.com/sur 12

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

**ENCUESTA SEGURIDAD INFORMÁTICA E INFORMACIÓN**

**Agradecemos su aporte en el diligenciamiento de tan valiosa información**

Aceptar

Pregunta requerida

Área

Pregunta requerida

Unidad

Pregunta requerida