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	74189708-0	CAMILO ANDRES GUTIERREZ NARANJO	calle 7 # 4-60	3144311600	kmilo62g@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	CHÍA		NO

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	
2024-03	2024-03	I	23/04/2024	76527736	$660.700	

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	262.400	0		0		0	20	4.500	0	266.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	335.900	0	0	0	0	20	5.800	0	341.700	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	51.200				51.200	20	900	52.100			512	52.100	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	262.400	266.900
Pensión	1	335.900	341.700
Riesgos Laborales	1	51.200	52.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	649.500	660.700

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	74189708-0	CAMILO ANDRES GUTIERREZ NARANJO		calle 7 # 4-60	3144311600	kmilo62g@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA		NO

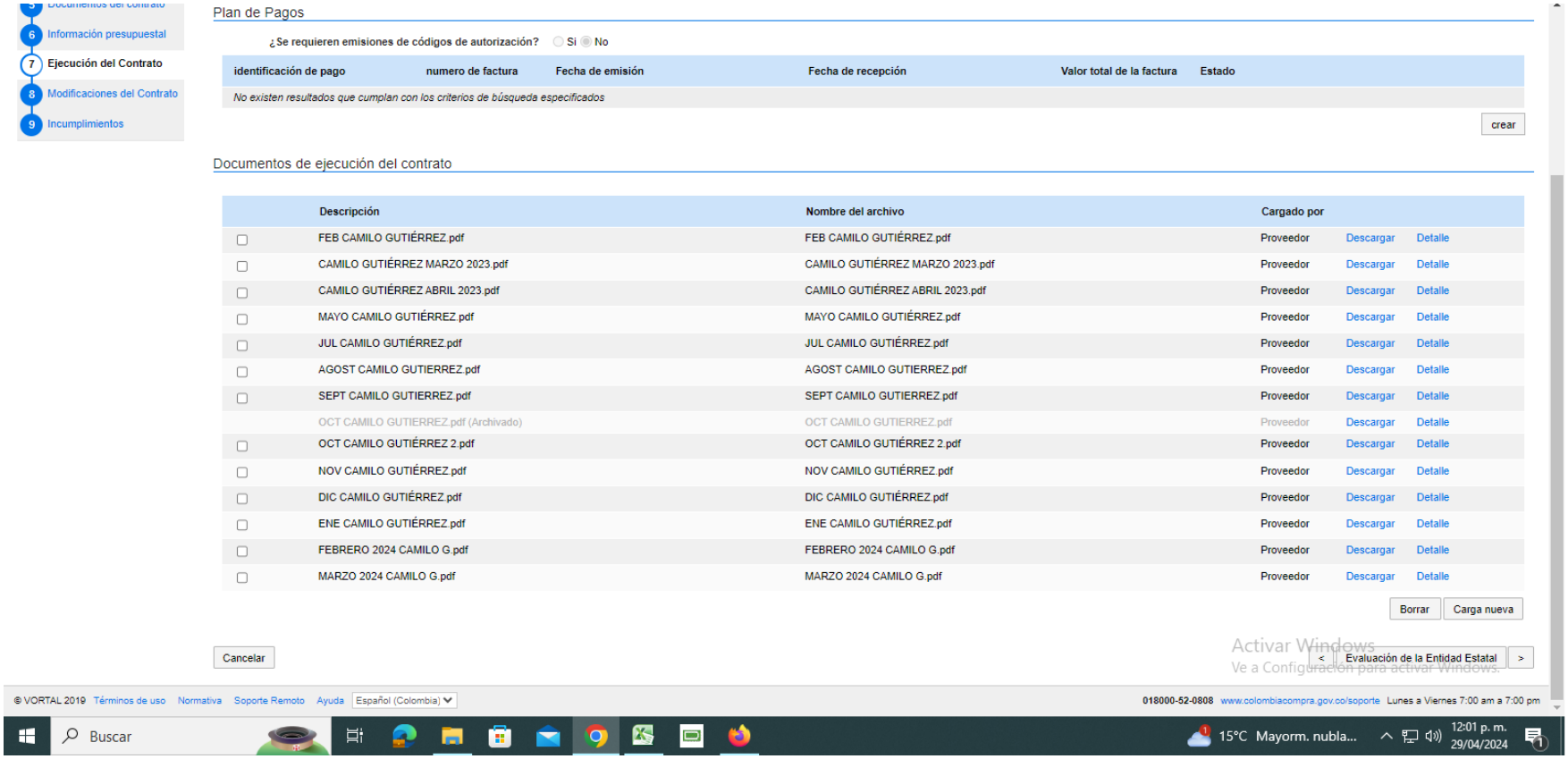
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	23/04/2024	76527736	$660.700	

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	74189708	GUTIERREZ NARANJO CAMILO ANDRES	59	0			N																	230201	2.099.000	335.900	0	0	0	0	EPS008	2.099.000	262.400	14-7	2.099.000	3	51.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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


6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No
identificación de pago
numero 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
FEB CAMILO GUTIÉRREZ.pdf
CAMILO GUTIÉRREZ MARZO 2023.pdf
CAMILO GUTIÉRREZ ABRIL 2023.pdf
MAYO CAMILO GUTIÉRREZ.pdf
JUL CAMILO GUTIÉRREZ.pdf
AGOST CAMILO GUTIERREZ.pdf
SEPT CAMILO GUTIERREZ.pdf
OCT CAMILO GUTIERREZ.pdf (Archivado)
OCT CAMILO GUTIÉRREZ 2.pdf
NOV CAMILO GUTIÉRREZ.pdf
DIC CAMILO GUTIÉRREZ.pdf
ENE CAMILO GUTIÉRREZ.pdf
FEBRERO 2024 CAMILO G.pdf
MARZO 2024 CAMILO G.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Carga nueva
Cancelar
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
< Evaluación de la Entidad Estatal >
© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm
Buscar
15°C Mayorm. nubla...
12:01 p. m.
29/04/2024


moodle.subredsur.gov.co/mod/quiz/view.php?id=2047
L - INTERNACIONAL (ES)
CAMILO ANDRES GUTIERREZ NARANJO
CURSO SARLAFT, SICOF Y TRANSPARENCIA
Área personal / Mis cursos / SARLAFT / CERTIFICADO DE PARTICIPACIÓN / CUESTIONARIO
CUESTIONARIO
Intentos permitidos: 3
Método de calificación: Calificación más alta
Resumen de sus intentos previos
Intento
Estado
Calificación / 10,00
Revisión
1
Finalizado
Enviado: miércoles, 24 de abril de 2024, 12:20
8,60
Calificación más alta: 8,60 / 10,00.
Reintentar el cuestionario

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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	CAMILO ANDRES GUTIERREZ NARANJO		**Número de Documento:**	74189708	
Correo Electrónico:	KMILO62G@GMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3144311600	
Nombre del Supervisor:	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	**Cargo:**	DIRECTOR ADMINISTRATIVO	**Código - Grado:**	009-05A

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3314-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	478
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R01SA	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA	ADMINISTRATIVA	$5245800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5245800**	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 5245800	
2	MARZO	$ 5245800	
3	ABRIL	$ 5245800	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15737400	**$ 15737400**	**$ 15737400**	**$ 0**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar el apoyo a la supervision de los contratos que le sean asignadas.	-SE HACE SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS A CARGO	-INFORMES MENSUALES DE LOS CONTRATOS
2	2. Coordinar la inspeccion y mantenimiento periodico preventivo y correctivo en la planta fisica a las instalaciones electricas, iluminacion y equipos no biomedicos y de las tomas corrientes de la Subred Sur.	--SE HACE LA VISITA CON EL GRUPO DE TRABAJO ELECTRICO PARA REALIZAR LOS MANTENIMIENTOS ELECTRICOS	-REPORTES DE MANTENIMIENTO HE INFORMES Y PLANES DE CONTINGENCIAS
3	3. Garantizar el adecuado mantenimiento tanto preventivo como correctivo del equipo industrial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-SE HACE LOS MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS INDUSTRIALES	-REPORTES DE MANTENIMIENTOS DE CADA CONTRATO DE CADA EQUIPO
4	4. Elaborar los estudios de necesidad conforme al Plan Anual de Adquisiciones para responder oportunamente y garantizar contar con los contratos que correspondan a los mantenimientos del equipo industrial.	--ESTUDIOS DE NECESIDADES DE UPS, ASCENSORES, UPS, ETC	--PRESENTAR LOS ESTUDIOS DE NECESIDADES AL ARES DE CONTRATACION
5	5. Dar respuesta a las solicitudes tanto internas como externas que tengan relacion con el equipo industrial de la institucion.	-ATENDER LAS VISITAS DE HABILITACIÓN Y DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS	-CORREOS DE ENVIÓ DE EVIDENCIA DE LOS MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS INDUSTRIALES PARA PRESENTAR LOS HALLAZGOS
6	6. Realizar la adecuada supervision y seguimiento a la ejecucion de los contratos de mantenimiento de equipos de apoyo industrial.	-REVISAR Y COORDINAR LOS MANTENIMIENTOS DE LOS EQUIPOS INDUSTRIALES CON LOS CONTRATISTAS A CARGO	-REPORTES DE MANTENIMIENTOS E INFORMES DE MANTENIMIENTOS
7	7. Cumplir con los requerimientos normativos en materia de equipo industrial se requieren para la institucion.	-HACER PEDIDO DE LOS ELEMENTOS DE FERRETERÍA DE ÍNDOLE ELÉCTRICO	-REVISAR Y HACER USO DE LOS ELEMENTOS ELECTRICOS PARA LA INSTALACION DE LOS REQUERIMEINTOS
8	8. Las demas que le sean asignadas por el supervisor del contrato.	-APOYAR A LOS DEMAS COMPAÑEROS PARA HACER LOS TRABAJOS PLANEADOS	-REPORTES DE MANTENIMIENTOS Y EJECUCIONES DE MEJORAS DE LOS SERVICIOS

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	$ 5245800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76527736	-		
2024	MARZO	2024	04	23				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 2098320	$ 335731	**$ 341700**
Salud		COMPENSAR		$ 262290	**$ 266900**
ARL	1	SEGUROS BOLIVAR		$ 10953	**$ 52100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 608974**	**$ 660700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4100180282

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAMILO ANDRES GUTIERREZ NARANJO	2024-04-26 10:35:30
RECHAZADO SUPERVISOR	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	2024-04-28 16:37:56
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CAMILO ANDRES GUTIERREZ NARANJO	2024-04-29 12:11:12
ACEPTADO SUPERVISIÓN	MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ	2024-04-29 12:12:06
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-05-01 13:15:44
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	2024-05-15 12:25:28

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.



© Siasur - 2024

MARTHA LUCIA NIETO HERNANDEZ
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

© Siasur - 2024