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:**	2024-05-01	**Hasta:**	2024-05-31	
Nombre del Contratista:	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ		**Número de Documento:**	1030582360	
Correo Electrónico:	lizethandre07@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3202360330	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5946-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1393
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO (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	$4613064	96.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4613064**	**CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATROPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-05-05		**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	$ 16947996	1788
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 5578298	2836
3	2023-10-01	2023-11-30	3	$ 363530	3150
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 9514445	3495
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 7019880	232
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 7383410	609

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 9276270	873
8	2024-05-01	2024-05-31	8	$ 413672	1416

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 3108804
2	JUNIO	$ 4613064
3	JULIO	$ 5139555
4	AGOSTO	$ 4638135
5	SEPTIEMBRE	$ 5026736
6	OCTUBRE	$ 4976594
7	NOVIEMBRE	$ 4901381
8	DICIEMBRE	$ 4613064
9	ENERO	$ 5014200
10	FEBRERO	$ 4776026
11	MARZO	$ 4663206
12	ABRIL	$ 4776026

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 4613064	**$ 61110565**	**$ 56246791**	**$ 4863774**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	1. Realizar la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación.	--Se realiza la Atención de consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentren en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación, cumpliendo con las normas de bioseguridad y uso de EPP. Modalidad Ruteo, Seguimiento, Derivación, Conglomerado.	-Drive diario, historias clínicas de los usuarios, aplicativo SIGN /HOGAR.
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-Se realice diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-Validación grupo de facturación de tipo de historia, plataforma SIRC a usuarios que lo requieren y envío de órdenes pertinentes.
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-Se recibe y recorre los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada por parte del geógrafo dando finalidad a lo encontrado en cada una de ellas, se entrega estado de visita a persona de agendamiento y se reporta a geógrafo para cargue de dirección.	-Se diligencia aplicativo GEO dando tipo de atención bien se afectiva, fallida o rechazada.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Hacer recomendaciones de conductas a seguir, tras la realización de la consulta médica, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora.	-Se hacen recomendaciones realizadas de conductas a seguir, tras la realización de la consulta de enfermería, de manera que afiliados a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios diferentes a Capital Salud puedan conocer la indicación médica que queda registrada en su Historia Clínica y gestionar las atenciones. sugeridas ante. Su EAPB.	-Recomendaciones e indicaciones en historia clínica. Se realiza SIRC para usuarios de otros EAPB y órdenes de atención según tamizaje por cada ciclo vital.
5	5. Organizar los soportes documentales de las acciones a su cargo siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	-Se organizan los soportes documentales siguiendo las directrices del sistema de gestión documental de la entidad, tales como consentimiento informado, planes de cuidado, órdenes médicas.	-Consentimientos informados a tiempo, planes de cuidado en drive y aplicativo, órdenes dentro de los tiempos estipulados.
6	6. Realizar el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	-Se realiza el abordaje de los riesgos sociales y de salud de la familia con base en las preguntas que aparecen en el formulario de recolección de información y los identificados en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital).	-Historias clínicas elaboradas y facturadas a tiempo.
7	7. Realizar las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur	-Se realizarán las actividades de acuerdo con lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur.	-Se cumplen lineamientos estipulados en tiempos, horarios y atenciones de acuerdo a meta planteada. Asistencia a comités semanales en sus horarios completos, realización de encuestas, participación en enlaces y cursos.
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	-Se realizarán las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector Urbano.	-Visitas gestionadas, seguimientos, controles pertinentes y propios de la consulta.
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Se realizarán las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-Historias clínicas, aplicativo, drive. Realización de SIRC, notificaciones, envío de órdenes a pacientes.
10	10. Verificar la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	-Se verifica plataforma ADRES y se diligencia en la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requerimientos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente.	-SIRC con registro de documentos de usuarios gestionados.
11	11. 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.	-Se da 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 y usuarios priorizados.	--Cumplimiento de meta y de productos a tiempo de las actividades realizadas en campo a diario.

© Siasur - 2024

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	$ 4776026
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	77031694	-		
2024	**ABRIL**	**2024**	**05**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**CUATRO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL VEINTISEISPESOS**						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1910410	$ 305666	**$ 305700**
Salud		COMPENSAR		$ 238801	**$ 238900**
ARL	3	SURA		$ 46538	**$ 46600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 554439**	**$ 591200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0570001370091520

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ	2024-05-27 07:20:33
RECHAZADO SUPERVISOR	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-28 16:40:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ	2024-05-29 21:14:36
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-05-29 23:05:11
RECHAZADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-06-01 13:01:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ	2024-06-01 13:08:02
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-06-01 13:48:00
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-06-01 18:34:18

LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS
PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL

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	1030582360	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ	kr 79 c # 26 16 sur	8047799	lizethandre07@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	77031694	$629.500	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	238.900	0		0		0	0	0	0	238.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	305.700	0	0	0	0	0	0		305.700	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	46.600				46.600	0	0	46.600			466	46.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	38.300	0	0	38.300	1

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	238.900	238.900
Pensión	1	305.700	305.700
Riesgos Laborales	1	46.600	46.600
CCF	1	38.300	38.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	629.500	629.500

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	1030582360	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ		kr 79 c # 26 16 sur	8047799	lizethandre07@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	77031694	$629.500	

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	1030582360	VALERO MARTINEZ LISETH ANDREA	59	0			N																	25-14	1.910.410	305.700	0	0	0	0	EPS037	1.910.410	238.900	14-11	1.910.410	3	46.600	CCF22	1.910.410	38.300	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ**, identificado con **CC** número **1030582360**, aportó en nombre de **LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ**, identificado(a) con **CC** número **1030582360** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-04** y salud **2024-04** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones															0		30	$1.910.410	$305.700	$0	$0	Abril - 2024	77031694	10/05/2024	N
14-11	ARL SURA															0		30	$1.910.410	$46.600	$0	$0	Abril - 2024	77031694	10/05/2024	N
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar															0		30	$1.910.410	$38.300	$0	$0	Abril - 2024	77031694	10/05/2024	N
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS															0		30	$1.910.410	$238.900	$0	$0	Abril - 2024	77031694	10/05/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 9 días del mes Mayo de 2024

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	1030582360	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ	kr 79 c # 26 16 sur	8047799	lizethandre07@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	24/05/2024	77337343	$609.600	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	231.300	0		0		0	0	0	0	231.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	296.100	0	0	0	0	0	0		296.100	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	45.100				45.100	0	0	45.100			451	45.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	37.100	0	0	37.100	1

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	231.300	231.300
Pensión	1	296.100	296.100
Riesgos Laborales	1	45.100	45.100
CCF	1	37.100	37.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	609.600	609.600

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	1030582360	LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ		kr 79 c # 26 16 sur	8047799	lizethandre07@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	24/05/2024	77337343	$609.600	

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	1030582360	VALERO MARTINEZ LISETH ANDREA	59	0			N																	25-14	1.850.239	296.100	0	0	0	0	EPS037	1.850.239	231.300	14-11	1.850.239	3	45.100	CCF22	1.850.239	37.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ**, identificado con **CC** número **1030582360**, aportó en nombre de **LISETH ANDREA VALERO MARTINEZ**, identificado(a) con **CC** número **1030582360** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2024-05** y salud **2024-05** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones															0		30	$1.850.239	$296.100	$0	$0	Mayo - 2024	77337343	24/05/2024	N
14-11	ARL SURA															0		30	$1.850.239	$45.100	$0	$0	Mayo - 2024	77337343	24/05/2024	N
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar															0		30	$1.850.239	$37.100	$0	$0	Mayo - 2024	77337343	24/05/2024	N
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS															0		30	$1.850.239	$231.300	$0	$0	Mayo - 2024	77337343	24/05/2024	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 24 días del mes Mayo de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

8:38 47%

DAVIVIENDA

B BANCO_DAVIVIENDA@DAV... 8:37 p. m.
lizethandre07@hotmail.com

Apreciado(a) LISETH ANDREA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****1520:

Fecha:2024/05/09
Hora:20:36:14
Valor Transacción: $629,500
Clase de Movimiento:Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
630628069

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
09/05/2024

Número de aprobación
00628069

Dirección IP
179.19.105.121

Valor transacción
$ 629.500,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.19.105.121	CC	1030582360

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

DAVIVIENDA

10:14 35%

PSE Transacción Aprobada - CUS 630628069 ✅

S serviciopse@achcolombia.... 10:08 p. m.
lizethandre07@hotmail.com



¡Hola, Liseth valero!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 630628069
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 629.500
Fecha de Transacción: 09/05/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

Responder

3:20 11%

DAVIVIENDA

B **BANCO_DAVIVIENDA@DAV...** 3:20 p. m.
para LIZETHANDRE07@HOTMA...

Apreciado(a) LISETH ANDREA:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****1520:

Fecha:2024/05/24
Hora:15:19:50
Valor Transacción: $609,600
Clase de Movimiento:Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
659802613

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
24/05/2024

Número de aprobación
00802613

Dirección IP
179.19.55.20

Valor transacción
$ 609.600,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.19.55.20	CC	1030582360

Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2011. DAVIVIENDA

5:12 22%

PSE Transacción Aprobada - CUS 659802613 ✅

S **serviciopse@achcolombia....** 5:12 p. m.
lizethandre07@hotmail.com



¡Hola, Liseth valero!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 659802613
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 609.600
Fecha de Transacción: 24/05/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

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 MAYO CTO 5946-2023.pdf	CUENTA MAYO CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO CTO 5946-2023.pdf	CUENTA JUNIO CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO CTO 5946-2023.pdf	CUENTA JULIO CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO CTO 5946 - 2023.pdf	CUENTA AGOSTO CTO 5946 - 2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5946 - 2023 .pdf	CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5946 - 2023 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 5946-2023.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRECTO 5946-2023 - copia (2).pdf	CUENTA NOVIEMBRECTO 5946-2023 - copia (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 5946-2023.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO CTO 5946-2023.pdf	CUENTA ENERO CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	Informe de Actividades Número 175084 (1).pdf (Archivado)	Informe de Actividades Número 175084 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA FEBRERO CTO 5946-2023.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO MES DE FEBRERO DE 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO CTO 5946-2023.pdf	CUENTA FEBRERO CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO CTO 5946-2023.pdf	CUENTA MARZO CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL CTO 5946-2023.pdf	CUENTA ABRIL CTO 5946-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >