| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-06-01 | **Hasta:** | 2024-06-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | | **Número de Documento:** | 79703805 | |
| **Correo Electrónico:** | frapar80@yahoo.com | | **Número Telefónico:** | 3173577995 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 5861-2023 | **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 | $7098352 | 90.2% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 7098352** | **SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS** | | |

## 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 | $ 26850288 | 1788 |
| 2 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 2 | $ 5651677 | 2836 |
| 3 | 2023-11-01 | 2023-11-30 | 3 | $ 0 | 0 |
| 4 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 4 | $ 12981497 | 3495 |
| 5 | 2024-01-01 | 2024-02-15 | 5 | $ 9740945 | 232 |
| 6 | 2024-02-01 | 2024-03-31 | 6 | $ 8004935 | 609 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 2024-03-01 | 2024-05-31 | 7 | $ 14351016 | 873 |
| 8 | 2024-06-01 | 2024-07-15 | 8 | $ 10647528 | 1425 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | MAYO | $ 5555232 |
| 2 | JUNIO | $ 4706516 |
| 3 | JULIO | $ 7484132 |
| 4 | AGOSTO | $ 7252664 |
| 5 | SEPTIEMBRE | $ 7329820 |
| 6 | OCTUBRE | $ 6056746 |
| 7 | NOVIEMBRE | $ 6654705 |
| 8 | DICIEMBRE | $ 7098352 |
| 9 | ENERO | $ 3221263 |
| 10 | FEBRERO | $ 7561288 |
| 11 | MARZO | $ 6847595 |
| 12 | ABRIL | $ 7021196 |
| 13 | MAYO | $ 6905462 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 7098352** | **$ 95326238** | **$ 83694971** | **$ 11631267** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Apoyar y atender en 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 apoya y se atiende en consulta a cada uno de los miembros del hogar que se encuentran en la vivienda durante la visita, independientemente de su régimen de afiliación | -Historias clinicas |
| 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 realiza diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa | -Base de ingresos de medicina |
| 3 | 3. Realizar la entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada. | -Se realiza la entrega al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta iluminada. | -Entrega del mapa debidamente diligenciado |

| 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 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 pueden conocer la recomendación médica que queda registrada en su Historia clínica y gestionar las atenciones sugeridas ante su aseguradora | -Historia clinica y planes de cuidado |
| 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 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 realiza entrega a la auxiliar administrativa los consentimientos informados, ordenes medicas y planes de cuidado |
| 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 identificadores en la consulta diagnóstica (Historia Clínica Digital) | -Historias clinicas |
| 7 | 7. Realizar las actividades de acuerdo a 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 realiza las actividades de acuerdo a lo establecido en la guía operativa vigente elaborada por la Secretaría Distrital de Salud y demás lineamientos que expida esta o la Subred Sur | -historias clinicas, planes de cuidado, y los consentimientos informados, de acuerdo a la descripcion en la guia operativa |
| 8 | 8. Realizar las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural. | -Se realizan las actividades de acuerdo al esquema de operación definido para el sector rural | -Historia clinica, drive, notificaciones |
| 9 | 9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento. | -Se Realiza las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento | -Tamizajes por ciclo de vida |
| 10 | 10. Referir mediante 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 refierre mediante la plataforma del Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia-SIRC los requisitos de atención que se identifiquen en población afiliada a EAPB diferentes a Capital Salud, para que desde allí se gestione la atención correspondiente | -Notificaciones en SIRC |
| 11 | 11. Registrar oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezca la entidad. | -Se Registre oportunamente la información pertinente en los instrumentos de control que establezcan la entidad. | -Drives, Historias clinicas |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 12 | 12. Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente. | -Se Identifica eventos de interés en salud pública visibles en consulta (desnutrición, conducta suicida y violencia intrafamiliar, maltrato infantil y violencia sexual, enfermedades eruptivas, hepatitis, infección respiratoria aguda, etc.), el médico debe diligenciar y firmar la Ficha de Notificación Individual o de acuerdo con el protocolo establecido por el Instituto Nacional de Salud – INS (https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Paginas/Fichas-y-Protocolos.aspx) y el sistema o subsistema de vigilancia correspondiente | -Realización de fichas de notificación |
| 13 | 13. Registrar la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar. | -Se Registra la consulta diagnóstica básica en la Historia Clínica Digital, refiriendo las conductas recomendadas, interconsulta o pruebas complementarias solicitadas, medicamentos formulados o pedidos para dispensación por parte de la Subred para afiliados a Capital Salud; esto exclusivamente para adultos mayores, personal en condición de discapacidad o dependencia y sus cuidadores familiares residentes en el hogar | -Historias clinicas dependiendo del ciclo de vida |
| 14 | 14. Realizar Verificar que los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida. | -Se realiza verificación de los integrantes de la familia, independientemente de su aseguramiento, accedan a las actividades individuales y familiares contempladas en la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida | -Historias clinicas dependiendo de la etapa del ciclo vital |
| 15 | 15.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 | -Historias clinicas |

## 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 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | | | | |
| 2024 | JUNIO | 2024 | 05 | 27 | 77110804 | - | | $ 7098352 |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **SIETE MILLONES NOVENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOSPESOS** | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 2839341 | $ 454295 | **$ 454600** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 354918 | **$ 355100** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 69166 | **$ 69300** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 824034** | **$ 879000** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 462900038706 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | 2024-06-28 14:01:33 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-06-29 09:16:26 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | 2024-06-29 12:43:29 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-06-29 12:48:41 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | 2024-06-29 14:49:25 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-06-29 14:53:10 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | 2024-06-29 17:25:36 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO | 2024-06-29 17:28:03 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-06-29 22:38:27 |

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


***© Siasur - 2024***

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 | 79703805 | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | Carrera 44C #22-94 Arpolis VI Apto 701 | 3173577995 | frapar80@yahoo.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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 27/05/2024 | 77110804 | $886.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 351.100 | 0 | | 0 | | 0 | 24 | 6.800 | 0 | 357.900 | 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 | 449.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 24 | 8.800 | 0 | 458.200 | 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 | 68.500 | | | | 68.500 | 24 | 1.400 | 69.900 | | | 685 | 69.900 | 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 | 351.100 | 357.900 |
| Pensión | 1 | 449.400 | 458.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 68.500 | 69.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 869.000 | 886.000 |

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 | 79703805 | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | | Carrera 44C #22-94 Arpolis VI Apto 701 | 3173577995 | frapar80@yahoo.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-04 | 2024-04 | I | 27/05/2024 | 77110804 | $886.000 | |

## 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 | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCION | 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 | 79703805 | PATIÑO RIAÑO MAURO FRANCISCO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 2.808.478 | 449.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.808.478 | 351.100 | 14-11 | 2.808.478 | 3 | 68.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | **NIT:** | 79703805 |
| **Tipo Planilla:** | N | **Periodo liquidación Pensiones:** | abril 2024 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | abril 2024 |
| **Número de Radicación:** | 78309449 | **Total a pagar:** | $10,000 |
| **Fecha de vencimiento:** | 03/05/2024 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 02/07/2024 | **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:** | 740052695 |
| **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 | $800 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | $0 | $5,200 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $4,000 |
| | | | | | | $10,000 |

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

**Le informamos que el pago de la planilla No. 78309449, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.**

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 | 79703805 | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | Carrera 44C #22-94 Arpolis VI Apto 701 | 3173577995 | frapar80@yahoo.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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 27/05/2024 | 77110836 | $878.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 355.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 355.000 | 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 | 454.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 454.300 | 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 | 69.200 | | | | 69.200 | 0 | 0 | 69.200 | | | 692 | 69.200 | 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 | 355.000 | 355.000 |
| Pensión | 1 | 454.300 | 454.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 69.200 | 69.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 878.500 | 878.500 |

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 | 79703805 | MAURO FRANCISCO PATIÑO RIAÑO | Carrera 44C #22-94 Arpolis VI Apto 701 | 3173577995 | frapar80@yahoo.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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-05 | 2024-05 | I | 27/05/2024 | 77110836 | $878.500 | |

## 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 | 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 |
| 1 | CC | 79703805 | PATIÑO RIAÑO MAURO FRANCISCO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 2.839.341 | 454.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.839.341 | 355.000 | 14-11 | 2.839.341 | 3 | 69.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

# Notificación
de pago en línea

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

**Pago realizado por:** EDGARDO FERNANDEZ CASTELLANOS

**Tienda virtual o recaudador:** COMPENSAR-OI

**Nro. de recibo:** 77110836

**Descripción del pago:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Identificación del contribuyente:** 191.104.150.142

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 79703805

**Fecha y hora de la transacción:** Viernes 24 de Mayo de 2024 07:20:17 PM

**Nro. de comprobante:** 0000087813

**Valor pagado:** $ 878,500.00

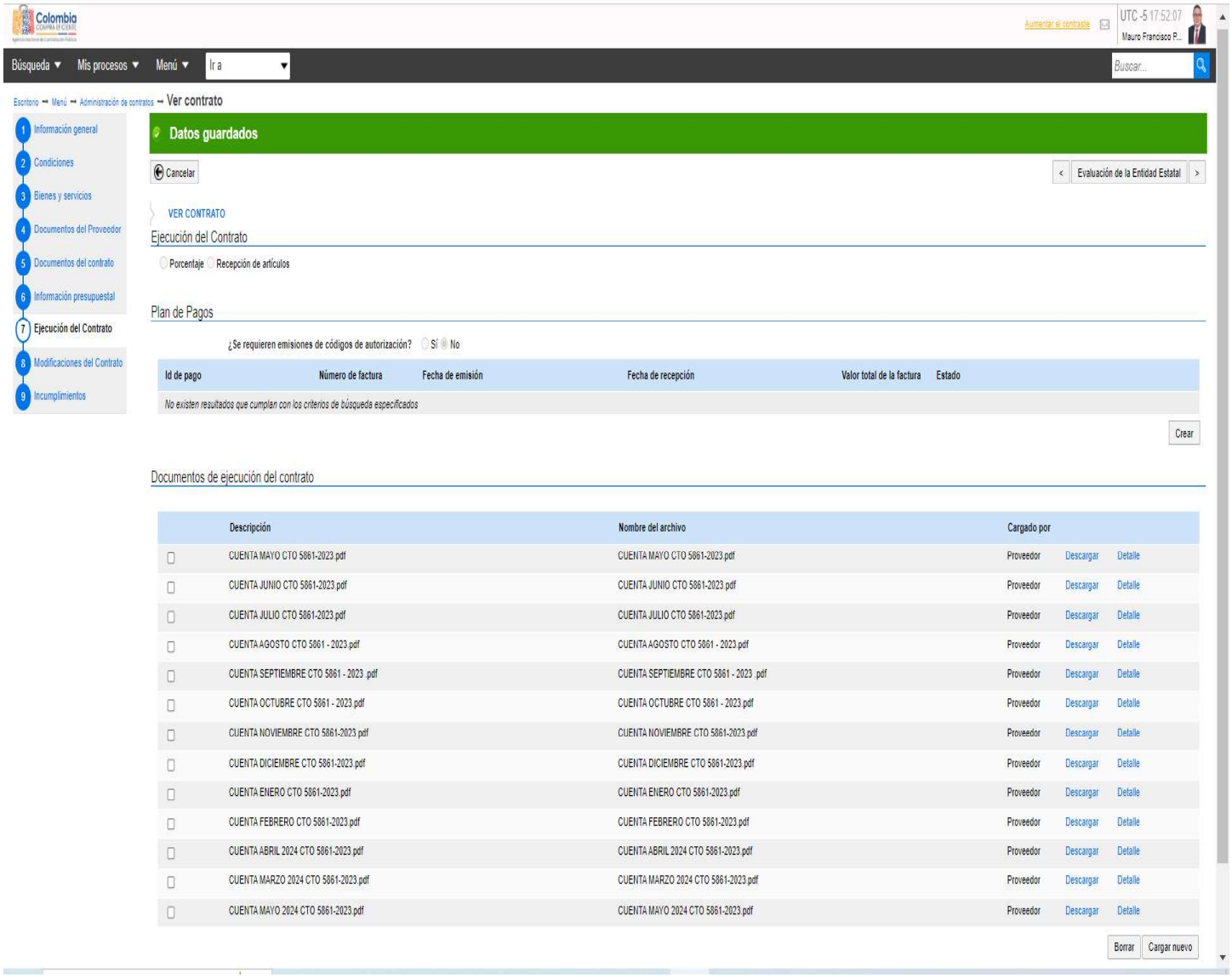
**Producto:** *******0310

## Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
## los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 660394216
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 886.000
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.


Colombia Compra Eficiente
Aumentar el contraste
UTC -5 17:52:07
Mauro Francisco P...
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
Datos guardados
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 5861-2023.pdf
CUENTA JUNIO CTO 5861-2023.pdf
CUENTA JULIO CTO 5861-2023.pdf
CUENTA AGOSTO CTO 5861 - 2023.pdf
CUENTA SEPTIEMBRE CTO 5861 - 2023 .pdf
CUENTA OCTUBRE CTO 5861 - 2023.pdf
CUENTA NOVIEMBRE CTO 5861-2023.pdf
CUENTA DICIEMBRE CTO 5861-2023.pdf
CUENTA ENERO CTO 5861-2023.pdf
CUENTA FEBRERO CTO 5861-2023.pdf
CUENTA ABRIL 2024 CTO 5861-2023.pdf
CUENTA MARZO 2024 CTO 5861-2023.pdf
CUENTA MAYO 2024 CTO 5861-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo

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

**EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN - 2024**

**El presente instrumento tiene como finalidad evaluar aspectos del componente de Humanización del servicio de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.:**

EVALUACIÓN DE HUMANIZACIÓN - 2024

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Número Telefónico

Pregunta requerida

Correo Electrónico

Pregunta requerida

Género