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:**	2024-07-01	**Hasta:**	2024-07-15	
Nombre del Contratista:	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES		**Número de Documento:**	1032456841	
Correo Electrónico:	cateherinesilva12@gmail.com		**Número Telefónico:**	3102310463	
Nombre del Supervisor:	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVEROS	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO - COODINADOR GENERAL	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5999-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	1392
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	$1999068	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1999068**	**UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS**		

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	$ 15992544	1789
2	2023-09-01	2023-10-31	2	$ 3998136	2838
3	2023-11-01	2023-11-30	3	$ 0	0
4	2023-11-01	2024-01-31	4	$ 7996272	3496
5	2024-01-01	2024-02-15	5	$ 5736456	243
6	2024-02-01	2024-03-31	6	$ 6257952	610

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
7	2024-03-01	2024-05-31	7	$ 7996272	874
8	2024-06-01	2024-07-15	8	$ 5997204	1426

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	$ 3998136
2	JUNIO	$ 3998136
3	JULIO	$ 3998136
4	AGOSTO	$ 3998136
5	SEPTIEMBRE	$ 3998136
6	OCTUBRE	$ 3998136
7	NOVIEMBRE	$ 3998136
8	DICIEMBRE	$ 3998136
9	ENERO	$ 3998136
10	FEBRERO	$ 3998136
11	MARZO	$ 3998136
12	ABRIL	$ 3998136
13	MAYO	$ 3998136
14	JUNIO	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 3998136	**$ 57972972**	**$ 55973904**	**$ 1999068**

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.	-NA	-NA
2	2. Realizar diariamente la corrección de los requisitos de calidad por el instrumento de validación establecido para los equipos de atención en casa.	-NA	-NA
3	3. Entregar al geógrafo los mapas o rutas de campo una vez finalizada la manzana o ruta asignada	-NA	-NA

© Siasur - 2024

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.	-NA	-NA
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.	-NA	-NA
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).	-NA	-NA
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	-NA	-NA
8	8. Realizar las actividades de acuerdo con el esquema de operación definido para el sector rural.	-NA	-NA
9	9. Realizar las mediciones y tamizajes necesarios para la identificación de riesgos en salud y la verificación de las condiciones de aseguramiento.	-NA	-NA
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.	-NA	-NA
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.	-NA	-NA
12	1. Identificar los líderes comunitarios (veedores ciudadanos, presidentes de juntas de acción comunal, administradores de conjuntos residenciales y otros actores locales relevantes).	-Realizar la planeacion del abordaje a partir del cronograma de priorización de territorios, identificar y contactar a los lideres comunitarios de cada uno de los territorios de las localidades de la zona sur (Ciudad Bolivar, Sumapaz, Tunjuelito y Usme).	-Cronograma de territorios, actas de reunion, Mesas de trabajo mensuales EAC-EH, Cronograma de Priorizacion, Evidencia fotográfica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	2. Programar una reunión con los actores sociales locales, antes de la llegada de los EAC, buscando lograr la mejor estrategia para la aceptación de la estrategia en las familias a ser visitadas. En esta se realiza un acercamiento integral con los líderes para conocer de primera mano la historia del territorio, indagar sobre la situación de salud de la población y los aspectos que inciden positiva y/o negativamente sobre la forma como la comunidad aborda estos aspectos.	-Organizar y programar reuniones con actores sociales de los territorios a abordar por los EAC con el fin de socializar el Modelo de Salud Territorial, indagar sobre aspectos de la población. Realizar revisión y seguimiento a los productos generados de esta actividad de cada una de las localidades para hacer entrega en los informes ejecutivos del mes. Planificar mensualmente acompañamiento a las binas en los territorios asignados con el fin de realizar divulgación del MST	-Cronograma de abordaje territorial, informes, actas de reunion, listados de asistencia, drive, informe de gestión del periodo correspondiente
14	3. Identificar y hacer uso de las estrategias de divulgación y comunicación de los territorios para socializar las actividades del Modelo Territorial de Salud apoyando la divulgación del MTS.	- Implementar y organizar junto con los líderes comunitarios las estrategias de divulgación y comunicación que permitan dar a conocer el Modelo de Salud Territorial activando los canales internos de comunicación entre las comunidades con el fin de que todos los habitantes conozcan el programa	-Evidencia fotográfica, actas de reunión
15	4. Participar en las Mesas Locales de Cuidado con el fin de articular las acciones de la Línea de EAC con las otras líneas del Modelo	-Participar en las Mesa Local del Cuidado de la localidad de Sumapaz del mes correspondiente cuando el equipo de avanzada sea convocado con el fin de articular las acciones de la Línea de EAC con las otras líneas del Modelo	-Actas de reunión, listados de asistencia
16	5. Realizar un primer acercamiento con la comunidad, con el propósito de divulgar el MTS y las acciones próximas a realizarse en modo, tiempo y lugar. Con el mapa del sector catastral entregado por el geógrafo, el grupo de avanzada enriquece la cartografía e identifica: Límites y puntos de referencia de la comunidad: iglesias, tiendas, escuelas, parques, entre otros. Existencia de entidades públicas y privadas de salud. Infraestructura local, vías de acceso y espacios recreativos existentes. Manzanas abordadas con sus predios y características de infraestructura de las mismas. Focos de inseguridad y contaminación ambiental. Conglomerados de población diferencial y/o con condiciones de vulnerabilidad que ameritan ser atendidas por los EAC. El orden y horarios de intervención del sector catastral. Ubicación e identificación de familias vulnerables con situaciones, riesgos y eventos de interés en salud pública, de manera que puedan ser abordadas prioritariamente.	- Realizar acciones de cartografía social y ambiental en los territorios priorizados de acuerdo a la programación de abordaje a las UPZ y UPR. - Organizar los documentos (actas de reunión, evidencias fotográficas, informes, relatorías) del mes generados por el Equipo de abordaje de los territorios priorizadas de la localidad de Usme y Sumapaz de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, realizar la entrega de informes del Convenio 0002 de 2023 al supervisor para revisión y soporte. - Asistencia a Mesa de Planeación Entorno Hogar - EAC	-Informes de gestión correspondiente al periodo, actas de reunión, listados de asistencia, soportes y anexos de los informes de gestión cargados en el drive y onedrive designado, bases e informes de conglomerados, correo electrónico

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**	$ 3998136
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	78605906	-		
2024	**JUNIO**	**2024**	**07**	**10**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		PORVENIR	$ 1599254	$ 255881	**$ 255900**
Salud					COMPENSAR		$ 199907	**$ 200000**
ARL			3		SURA		$ 38958	**$ 39000**
Caja de Compensación			NO			**Total**	**$ 464136**	**$ 494900**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870350354

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES	2024-07-27 23:51:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LAYDI VIVIANA MARTINEZ OLIVERO	2024-07-28 15:20:04
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-07-28 18:23:50



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	1032456841	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES	CRA 11 #20A-06	9042671	catehe rinesilva12@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2024-06	2024-06	I	10/07/2024	78605906	$526.900	

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	200.000	0		0		0	0	0	0	200.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	255.900	0	0	0	0	0	0		255.900	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	39.000				39.000	0	0	39.000			390	39.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	32.000	0	0	32.000	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	200.000	200.000
Pensión	1	255.900	255.900
Riesgos Laborales	1	39.000	39.000
CCF	1	32.000	32.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	526.900	526.900

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	1032456841	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES		CRA 11 #20A-06	9042671	catehe rinesilva12@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA	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	
2024-06	2024-06	I	10/07/2024	78605906	$526.900	

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	1032456841	SILVA CIFUENTES LINA CATEHERINE	59	0			N																	230301	1.599.255	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.255	200.000	14-11	1.599.255	3	39.000	CCF22	1.599.255	32.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
765713235

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
09/07/2024

Número de aprobación
00713235

Dirección IP
181.59.148.130

Valor transacción
$ 526.900,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.59.148.130	CC	1032456841

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

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	1032456841	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES	CRA 11 #20A-06	9042671	catehERINESILVA12@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2024-07	2024-07	I	23/07/2024	78778134	$428.200	

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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	26.000	0	0	26.000	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032456841	LINA CATEHERINE SILVA CIFUENTES		CRA 11 #20A-06	9042671	catehERINESILVA12@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2024-07	2024-07	I	23/07/2024	78778134	$428.200	

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	Estudiante	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	1032456841	SILVA CIFUENTES LINA CATEHERINE	59	0			N		R															230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
794951946

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
23/07/2024

Número de aprobación
00951946

Dirección IP
181.59.2.8

Valor transacción
$ 428.200,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
181.59.2.8	CC	1032456841

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

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 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Mayo 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Junio 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Julio 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Julio 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Agosto 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Agosto 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Septiembre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Septiembre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Octubre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Octubre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Noviembre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Noviembre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Diciembre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Diciembre 2023 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Enero 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Enero 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Febrero 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Febrero 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Marzo 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Abril 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Abril 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Mayo 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Mayo 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Cuenta Junio 2024 - Contrato N°5999-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >