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	52124756	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	CR 39 B # 4 -- 45 BL 8 INT 10	6015721627	karenvp@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79072138	$740.800	

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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	293.600	0		0		0	0	0	0	293.600	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	375.800	0	0	0	0	0	0		375.800	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	57.300				57.300	0	0	57.300			573	57.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	0	0	14.100	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	293.600	293.600
Pensión	1	375.800	375.800
Riesgos Laborales	1	57.300	57.300
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	740.800	740.800

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	52124756	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		CR 39 B # 4 -- 45 BL 8 INT 10	6015721627	karenvp@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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79072138	$740.800	

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	52124756	VARGAS PIRATEQUE KAREN LORENA	59	0			N																	25-14	2.348.231	375.800	0	0	0	0	EPS001	2.348.231	293.600	14-11	2.348.231	3	57.300	CCF24	2.348.231	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:**	2024-08-23	**Hasta:**	2024-08-31	
Nombre del Contratista:	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE		**Número de Documento:**	52124756	
Correo Electrónico:	karenvp@gmail.com		**Número Telefónico:**	3115298660	
Nombre del Supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6415-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2130
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07VAN372	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	$1637500	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1637500**	**UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-08-23	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-09-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	AGOSTO	$ 1637500	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7982814	**$ 7982814**	**$ 1637500**	**$ 6345314**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	1.Realizar la planeación seguimiento y monitoreo para dar cumplimiento al objeto del convenio, de acuerdo con los términos y condiciones pactadas, las cuales solamente podrán ser modificadas previo cumplimiento del trámite establecido para tal fin por el Comité Técnico y con fundamento en los respectivos soportes.	-se realizo la elaboracion del plan de trabajo- cronograma general del convenio y el cronograma de las actividades de capacitacion para el equipo - por otro lado se adelanto la organización en el proceso de selección con el Equipo territorial- Se participo en la entrevista realizada a los PBE para el proceso de contratacion	-Drive
2	2. Presentar mensualmente a la Secretaría de Educación del Distrito o Supervisión delegada los informes financieros, contables y de gestión, conforme a la ejecución del convenio.	-Se presentaron los informes solicitados para el cierre del convenio 4467390-2024 Se realizo revision de los informes. Se avanzo en la construccion del documento solicitado para el primer desembolso del nuevo convenio. |	-Drive
3	3. Presentar a corte de 25 de cada mes y entrega del día 26 o día siguiente hábil, a la Dirección de Bienestar Estudiantil, el informe de actividades pedagógicas, junto con las evidencias de implementación, y el programador mensual de las mismas.	-Se estruturo junto con el equipo territorial las actividades a desarrollar para el nuevo convenio organización de las carpetas por IED y por localidad.- organización de las herramientas pedagogicas que se concatenan con el plan de trabajo y cronograma de actividades por IED y po localidad.	-Drive
4	4. Garantizar que toda la información esté disponible de manera oportuna para Comité Técnico y supervisión del Convenio Interadministrativo.	no se ejecuta en este periodo	no se ejecuta en este periodo
5	5. Liderar y realizar la gestión de todas las acciones que garanticen las condiciones necesarias para llevar a cabo la plena ejecución del convenio, entre las cuales se encuentran infraestructura, recurso humano, comunicaciones, materiales e impresos, dotaciones y todos aquellos componentes que se requieran para dar cuenta del avance y cumplimiento del objeto contractual.	-Se realizo organización y acompñamiento al proceso de contratación del nuevo convenio- se realizo gestion relacionada en el proceso de tramites para firma del nuevo convenio. Se realizo proceso de inducción y organización de los mismos.	-Drive
6	6. Realizar seguimiento a la Base de Datos del Talento Humano contratado por la Subred para entrar en articulación con el equipo de trabajo a su cargo.	-Se realiza seguimeinto a la bases de TH al igual que las gestiones relacionadas para el ingreso de las personas al SIASUR.	-Drive
7	7. Elaborar el Plan de Trabajo y Cronograma de actividades en articulación con la Subred.	-Se realizo revision y estructuracion del plan de trabajo y cronogramas con acompañamiento y estructuracion del equipo territorial.	-Drive
8	8. Asistir y participar en las reuniones con las Direcciones Educativas Locales cuando sea requerido o según necesidad del coordinador. Se sugiere reunión Inter local semestral.	Se asistio a las reuniones programadas por la SED y se respondio a las solicitudes realizadas por los rectores locales y direcciones locales.	-Drive
9	9. Brindar información a la SED, ante requerimientos extraordinarios durante la ejecución del convenio.	Se ha dado respuesta a cada una de las necesidades solicitadas por la SED y la SISSS.	-Drive
10	10. Asistir y participar en reuniones convocados que le aporten a la ejecución del convenio.	Se participo en cada una de las reuniones concertadas por la SED y la SISSS	-Drive
11	11.Articular las acciones administrativas para la adecuada prestación de los servicios.	Se ha realizado acciones de gestion en tramites administrativos para la firma del nuevo convenio y la ejecución del mismo.	-Drive

12	12.Apoyar en la supervisión y validación del funcionamiento del talento humano en términos de oportunidad, accesibilidad, seguridad, continuidad y pertinencia en los diferentes procesos, apoyándose en el registro de puntualidad, asistencia, control de permisos, licencias, entre otros.	-Se realiza acompañamiento y en cada uno de los procesos y acciones del convenio nuevo y anterior . En relacion a la contratacion y cuentas de cobro.	-Drive
13	13.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-Se realizo acompañamiento en el convenio de certificacion de discapacidad actividad que se contempla desde ladireccion de ambulatorios.- Soportes que se tienen en el desarrollo de este proceso.	-Drive

© 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	$ 5870579
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	79072138	-		
2024	JULIO	2024	08	12				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CINCO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA MIL QUINIENTOS SETENTA Y NUEVEPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 2348232	$ 375717	**$ 375800**
Salud		ALIANSALUD		$ 293529	**$ 293600**
ARL	3	SURA		$ 57203	**$ 57300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 681504**	**$ 726700**

INFORMACIÓN DE PAGO

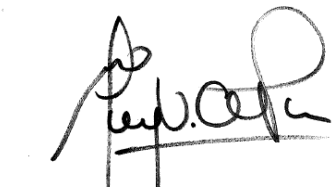
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66938689785

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	2024-08-29 09:58:59
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	KAREN LORENA VARGAS PIRATEQUE	2024-08-29 11:01:43
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	2024-08-29 11:06:05
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-08-30 09:55:13
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	2024-09-13 08:40:30

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.



LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

© Siasur - 2024