aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013625404 | | CASTRO TARAZONA KAREN JULIETHE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | trav 48b 69d 18 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7172233 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-08 | 2024-08 | 903353933 | 9471408982 | I | 2024/09/03 | 2024/09/10 | BANCO DAVIVIENDA | 7 | $430,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Tarifa | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $428,200 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $428,200 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $428,200 |
| 1 | CC | 1013625404 | CASTRO KAREN | 23020 1 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS005 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | CCF22 | 30 | $1,300,000 | $26,000 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | 2.436% | $31,700 | 30 | $0 | $0 | No | $428,200 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $1,300,000 | $26,000 | | | $1,300,000 | | $31,700 | | $0 | $0 | | $428,200 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1013625404 | | CASTRO TARAZONA KAREN JULIETHE | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | trav 48b 69d 18 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7172233 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-08 | 2024-08 | 903353933 | 9471408982 | I | 2024/09/03 | 2024/09/10 | BANCO DAVIVIENDA | 7 | $430,600 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $1,100 | $0 | $209,100 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $208,000 | $1,100 | $0 | $209,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $200 | $0 | $31,900 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $200 | $0 | $31,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $26,000 | $200 | $0 | $26,200 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $26,000 | $200 | $0 | $26,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $900 | $0 | $163,400 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $162,500 | $900 | $0 | $163,400 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$428,200** | **$2,400** | **$0** | **$430,600** |

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

*blanco*

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Si No

| Identificación 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

*blanco*

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | CTO-4186-2023.pdf (Archivado) | CTO-4186-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro junio 4960-2024.pdf | cuenta de cobro junio 4960-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro julio 4960-2024.pdf | cuenta de cobro julio 4960-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | cuenta de cobro agosto 4960-2024.pdf | cuenta de cobro agosto 4960-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

ngnaCtNweY

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA

1013625404

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO INSTITUCIONAL Y PROGRAMA DE TRANSPARENCIA Y ÉTICA PÚBLICA

Con una intensidad horaria de : 2 horas

Para constancia se expide:

septiembre 16, 2024

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

Vigencia de 2 años

BOGOTÁ

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

M1eMmnjld2

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. certifica que:

KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA

1013625404

## Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:

## PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Con una intensidad horaria de : 4 horas

Para constancia se expide: septiembre 16, 2024

Vigencia de 1 año

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

BOGOTÁ

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-09-01 | **Hasta:** | 2024-09-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA | | **Número de Documento:** | 1013625404 | |
| **Correo Electrónico:** | kaju9108@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3194703281 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ERICA LICET OSPINA ORTIZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO) | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4960-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 1428 |
| **Perfil:** | TECNOLOGO PIC | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | SALUD PÚBLICA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| K28PI | DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD | SALUD PÚBLICA | 184 | 0 | 14207 | $2614088 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2614088** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2024-06-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-07-31 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-07-01 | 2024-09-15 | 1 | $ 3921132 | 1918 |
| 2 | 2024-09-01 | 2024-10-15 | 2 | $ 2614088 | 2358 |

| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** |
|---|---|---|
| 1 | JUNIO | $ 2614088 |
| 2 | JULIO | $ 2614088 |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 3 | AGOSTO | $ 2614088 |
| 4 | SEPTIEMBRE | $ 2614088 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5228176** | **$ 11763396** | **$ 10456352** | **$ 1307044** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. realizar la identificacion y caracterizacion del perfil de riesgo en niños, niñas y adolescentes trabajadores en unidades de trabajo informal | -Se realizan 21 asesoria de NNA en la localidad de ciudad bolivar | -Formato de NNA |
| 2 | 2. identificar el riesgo de las condiciones de salud y su entorno y concertacion del plan en unidades de trabajo informal de alto, mediano impacto y bajo impacto. | -No se realiza esta actividad en el mes de septiembre | -No se realiza esta actividad en el mes de septiembre |
| 3 | 3. realizar asesorias para la promocion del autocuidado y gestion del riesgo en salud de las personas que desarrollan actividades en la unidades de trabajo informal (utis) de mediano impacto. | -Se realizan 11 segunda asesoria, 24 tercera asesoria en UTI de mediano impacto en la localidad de ciudad bolivar | -Formato de UTI |
| 4 | 4. implementar la estrategia entornos saludables en unidades de trabajo informal de mediano impacto. | -Se realizan 24 asesorias de monitoreo y cierre en UTI de mediano impacto en la localidad de ciudad bolivar | -Formato de UTI |
| 5 | .5. realizar seguimiento a la continuidad de la estrategia en unidades de trabajo informal. | -Se realizan 3 asesorias de seguimiento a la continuidad en UTI de mediano impacto en la localidad de ciudad bolivar | -Formato de UTI |
| 6 | 6. participar en asistencias tecnicas y fortalecimiento de capacidades del entorno | -Se participa de las reuniones citadas por el entorno laboral y asistencias tecnicas de la secretaria de salud | - Listado de asistencia |
| 7 | 7.organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme al proceso de gestion documental. | -Se realiza cronograma del mes de octubre | -cronograma magnetico |
| 8 | 8. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Se participa de las reuniones citadas por el entorno laboral y asistencias tecnicas de la secretaria de salud | -Listado de asistencia |

| 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** | $ 2614088 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 9471408982 | - | | |
| **2024** | **AGOSTO** | **2024** | **09** | **10** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | **DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA Y OCHOPESOS** | | | | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | | NO | PROTECCIÓN | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 209100** |
| Salud | | | | | SÁNITAS | | $ 162500 | **$ 163400** |
| ARL | | | | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31900** |
| Caja de Compensación | | | | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 404400** |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 570004870409010 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | KAREN JULIETHE CASTRO TARAZONA | 2024-09-24 10:38:12 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | ERICA LICET OSPINA ORTIZ | 2024-09-24 22:01:17 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-09-26 07:45:40 |
| 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 | 2024-10-11 11:29:19 |

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.



**ERICA LICET OSPINA ORTIZ**
**PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)**