aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1054801002		MORENO CASTEBLANCO CINDY YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 80 G # 49 A 13 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2993530	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969943133	9473492091	I	2024/10/02	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	7	$609,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados)						$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0
1	CC	1054801002	MORENO CINDY	230201	30	$1,600,000	$256,000	EPS008	30	$1,600,000	$200,000	CCF24	30	$1,600,000	$32,000	14-11	30	$1,600,000	$39,000	30	$0	$0
2	TI	1028885269	MORENO NICOLLE		0	$0	$0	EPS008	30	$0	$78,800		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total			**Afiliados(2)**			$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$278,800			$1,600,000	$32,000			$1,600,000	$39,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1054801002		MORENO CASTEBLANCO CINDY YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 80 G # 49 A 13 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2993530	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	969943133	9473492091	I	2024/10/02	2024/10/09	BANCO DAVIVIENDA	7	$609,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$1,300	$0	$257,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$256,000	$1,300	$0	$257,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,000	$200	$0	$39,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$39,000	$200	$0	$39,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,000	$200	$0	$32,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$32,000	$200	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$278,800	$1,500	$0	$280,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$278,800	$1,500	$0	$280,300
TOTAL				1	$605,800	$3,200	$0	$609,000

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
969943133

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9473492091

Fecha
09/10/2024

Número de aprobación
00943133

Dirección IP
191.107.142.16

Valor transacción
$ 609.000,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
191.107.142.16	CC	1054801002

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

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

blank

○ 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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA JUNIO_CTO_5241-2024.pdf	CUENTA JUNIO_CTO_5241-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO_CTO_5241-2024.pdf	CUENTA JULIO_CTO_5241-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE AGOSTO 5241 2024.pdf	CUENTA DE AGOSTO 5241 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5241_CTO_2024_AGOSTO_2024.pdf	5241_CTO_2024_AGOSTO_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5241_CTO_2024_SEPTIEMBRE_2024.pdf	5241_CTO_2024_SEPTIEMBRE_2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-15	
Nombre del Contratista:	CINDY YAMILE MORENO CASTEBLANCO		**Número de Documento:**	1054801002	
Correo Electrónico:	Cindyenfermera@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142828781	
Nombre del Supervisor:	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	**Cargo:**	PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	5241-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	1428
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 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
K27PINS	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	92	0	21729	$1999068	93.8%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1999068**	**UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		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	$ 5997204	1918
2	2024-09-01	2024-10-15	2	$ 3998136	2358

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	JUNIO	$ 3998136
2	JULIO	$ 3998136

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	AGOSTO	$ 3998136
4	SEPTIEMBRE	$ 3998136

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7996272	**$ 17991612**	**$ 15992544**	**$ 1999068**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Realizar apropiación conceptual de los lineamientos y fichas técnicas que se establezcan para cada convenio por parte de SDS	-No Aplica	-No Aplica
2	2. realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización, familiar para la identificación, gestión de riesgos y seguimiento al plan de cuidado familiar en salud, acorde a actividades establecidas en los lineamientos operativos	-No Aplica	-No Aplica
3	3. realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agendamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-No Aplica	-No Aplica
4	4. realizar identificación de riesgos y alertas en salud relacionados con los eventos de interés en salud pública, así mismo brindar educación acorde a la necesidad del usuario y garantizar adherencia al tratamiento	-No Aplica	-No Aplica
5	5. proyectar y actualizar cronograma de actividades acorde a los productos establecidos	-No Aplica	-No Aplica
6	6. participar en reuniones, asistencias tecnicas convocadas por la subred y/o SDS	-No Aplica	-No Aplica
7	7. presentar informes y/o tableros de control solicitados por la subred y/o SDS	-No Aplica	-No Aplica
8	8. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones, recomendaciones obtenidas por parte del equipo de seguimiento asignado por la SDS, recomendaciones del referente.	-No Aplica	-No Aplica
9	9. adherirse al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados	-No Aplica	-No Aplica
10	10. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-No Aplica	-No Aplica

© Siasur - 2024

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Realizar caracterizaciones, concertaciones, implementaciones y cierres de los planes de cuidado institucionales.	--Se Desarrollaron intervenciones en los HCB priorizados conforme al direccionamiento estipulado en los lineamientos establecidos desde Secretaria Distrital de Salud. Teniendo en cuenta la pertinencia de la información y la elaboración de los productos requeridos desde el Entorno Institucional.	-Fichas de caracterización Formato de plan de cuidado Institucional Formato de sesiones colectivas
12	Desarrollar asesorías a cuidadores, cuidadoras, acudientes de acuerdo al curso de vida según tipo de institución para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.	-Alistamiento, adecuación, verificación y entrega de soportes para proceso de auditoria	-Carpeta con soportes desarrollados.
13	Identificar los riesgos en la población abordada para notificación de eventos de interés en salud pública y activación de rutas integrales de salud.	-Realizar verificación de las carpetas de los menores de cada uno de los HCB, control de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación y cualquier otra eventualidad de salud.	-Formatos y base de menores diligenciados con los hallazgos identificados
14	Diligenciar los formatos de recolección de la información establecidos en el lineamiento de la Secretaria Distrital y/o institucional y elaboración de informes según competencia.	-Realizar activaciones de ruta con los menores que no tengan al día su control de crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, aseguramiento o según necesidad.	-Formatos en medio magnético de activación de ruta.
15	Garantizar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la información recolectada en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-Se entregan carpetas de productos de acuerdo a las actividades desarrolladas en los HCB a profesional de apoyo Entorno Institucional.	-Formato de ficha de caracterización con soportes realizados.
16	Entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y según indicaciones técnicas.	-Se entregan carpetas de productos de acuerdo a las actividades desarrolladas en los HCB a profesional de apoyo Entorno Institucional.	-Formato de ficha de caracterización con soportes realizados.
17	Organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervención conforme al proceso de gestión documental.	-Alistamiento, adecuación, verificación y entrega de soportes para proceso de auditoria.	-Carpeta con soportes desarrollados.
18	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales..	-Diligenciamiento de bases mensuales, informes solicitados para proceso de certificación.	-Base menores HCB Matriz de seguimiento diario Cronograma Informe mensual Base de consecutivos

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**	9473492091	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**09**				
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	PROTECCIÓN	$ 1599254	$ 255881	**$ 257300**
Salud		COMPENSAR		$ 199907	**$ 280300**
ARL	3	SURA		$ 38958	**$ 39200**
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 464136**	**$ 576800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870411099

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CINDY YAMILE MORENO CASTEBLANCO	2024-10-17 09:13:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	GLORIA MARCELA GARZON RUIZ	2024-10-18 10:25:44
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-10-21 10:08:28

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.



GLORIA MARCELA GARZON RUIZ
PROFESIONAL ESEPCIALIZADO 2 (LIDER DE PROCESO)

© Siasur - 2024