compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOHANNA MARTINEZ DURAN**, identificada con **CC** número **1020752593**, aportó por **JOHANNA MARTINEZ DURAN** identificado(a) con **CC** número **1020752593** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2024-10 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS002	Salud Total EPS	59	R														0		30	$1,300,000	0.12500	$162,500	$0	$0	Octubre - 2024	8381756944	25/11/2024	No
230301	Porvenir	59	R														0		30	$1,300,000	0.16000	$208,000	$0	$0	Octubre - 2024	8381756944	25/11/2024	No
14-11	ARL SURA	59	R														0		30	$1,300,000	0.02436	$31,700	$0	$0	Octubre - 2024	8381756944	25/11/2024	No
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59	R														0		30	$1,300,000	0.02000	$26,000	$0	$0	Octubre - 2024	8381756944	25/11/2024	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los **26** días del mes **November** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

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? 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	SECOP.pdf (Archivado)	SECOP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 7746-2024.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7746-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Percepción de ambiente organizacional (contratistas)



A continuación, se presenta el instrumento estándar de medición del ambiente organizacional y calidad de vida, el cual permite evaluar su percepción como colaborador(a) frente al entorno ofrecido por la entidad en la que desarrolla sus obligaciones y cumple sus objetivos; encontrará 66 afirmaciones, y teniendo en cuenta su grado de acuerdo o desacuerdo debe escoger la opción que más se acerque a sus apreciaciones. Sus respuestas son de carácter confidencial y los resultados obtenidos servirán de insumo para establecer planes de acción que contribuyan al fortalecimiento o mejoramiento del ambiente organizacional. Para una mayor confiabilidad de la escala es importante que todas las respuestas sean contestadas, además, recuerde que ninguna es correcta o incorrecta porque corresponde a su sentir sobre el factor a medir.

Fecha inicio medición: 2024-06-04 10:52:00 **Fecha fin medición:** 2024-09-30 10:52:00

Usted ya ha diligenciado el instrumento (**2024-11-12 19:17:29**), por lo tanto no es necesario que vuelva a diligenciarlo.

Dirección: Carrera 30 # 25-90 Piso 9, costado oriental. Bogotá - Colombia
Teléfono: (+57) 601 3680038
E-mail: bienestar@serviciocivil.gov.co

EFECTIVO LIDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9548663047 OV: 844401
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 22/11/2024 15:31:40
PAP: 909211
Nombre: N A
Apellido 1: N A
NUM PLANILLA: 8381756944
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 1020752593
PERIODO: 202410
Referencia: 8381756944Valor: $428.200,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	JOHANNA MARTÍNEZ DURÁN		**Número de Documento:**	1020752593	
Correo Electrónico:	johannaduran451@gmail.com		**Número Telefónico:**	3123661671	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7746-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2545
Perfil:	TECNICO 1-EBE				
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	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI917	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	13372	$2460448	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2460448**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-22		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-09	1	$ 0	0

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 320928
2	NOVIEMBRE	$ 2460448

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

© Siasur - 2024

$ 3690561	**$ 3690561**	**$ 2781376**	**$ 909185**

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	-APROPIACION DE LAS ACTIVIDADESY LINEAMIENTOS PROPUESOS EN EL CONVENIO	-: LISTADO DE ASISTENCIA
2	2. Realizar visita domiciliaria diligenciando caracterización familiar para la identificación y gestión de riesgos en salud, de acuerdo a las actividades y criterios establecidas en el lineamiento operativo	-REALIZAR VISITA DOMICILIARIADILIGENCIANDO CARACTERIZACIONFAMIKLIARPARA LA IDENTIFICACION Y GESTION DE RIESGOS EN SALUD	- APLICATIVO
3	3. Realizar activación de ruta, notificación de eventos de interés en salud pública, agentamiento según el riesgo identificado de cada uno de los usuarios y familias, y su respectivo seguimiento	-REALIZAR ACTIVACION DE RUTA, NOIFICACION DE EVENTOSDE INTERES EN SALUD PUBLICA	- APLICATIVO
4	4. Desarrollar acciones integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y gestión del riesgo según curso de vida de acuerdo a las necesidades de la población	-DESARROLLAR ACCIONES INTEGRALES DE PROMOCION DE LA SALUD, PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y GESTION DEL RIESGO SEGÚN CURSO DE VIDA	- PLAN DE CUIDADO
5	5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS	-SE DESARROLLA CAPACITACION Y ENTRENAMIENO SOBRE EL MANEJO DEL APLICATIVO	- CAPACIACION DE FORTALECIMIENTO ENTREGA DE USUARIO DE PRUEBA- LISTADO DE ASISTENCIA
6	6. 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.	- FORMULAR Y EJECUTAR LAS ACCIONES PREVENTIVAS Y/O CORRECTIVAS, Y /O PLAN DE MEJORAMIENTOA QUE HAYA LUGARDE ACUERDO A LAS EVALUACIONES, RECOMENDACIONES OBTENIDASPOR PARTE DEL EQUIPO DE SEGUIMIENTOASIGNADO POR LA SDS	- BASES
7	7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS	-PARTICIPACION A LAS CAPACITACIONESDE FORTALECIMIENTOS ESTABLECIDAS DE MANERA VIRTUAL Y PRESENCIAL, APROPIACION DEL NUEVO MODELO	- LISADO DE ASISTENCIA
8	8. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-MANTENER ADHERENCIA AL PROCESO DE GESTION DOCUMENTAL	- APLICATIVO ENTREGA DE DOCUMENTOS
9	9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN	-: CAPACITACIONES Y LISTADOS DE ASISTENCIA

© 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	$ 320928
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	8381756944	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	25				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	TRESCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHOPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1300000	$ 208000	**$ 208000**
Salud		COMPENSAR		$ 162500	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488420992288

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOHANNA MARTINEZ DURAN	2024-11-26 21:53:21
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-30 12:31:04
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JOHANNA MARTINEZ DURAN	2024-11-30 15:59:33
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-30 17:09:01
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-12-01 11:35:32
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	2024-12-11 11:38:56

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.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA

© Siasur - 2024

© Siasur - 2024