| | | |
|---|---|---|
| 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:** | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON | | **Número de Documento:** | 1031147085 | |
| **Correo Electrónico:** | Alliska3@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3014830851 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-25 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 7724-2024 | **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 | 6 | 13372 | $2540680 | 103.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2540680** | **DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 2540680 |

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


***© Siasur - 2024***

| | | | |
|---|---|---|---|
| **$ 3690561** | **$ 3690561** | **$ 2861608** | **$ 828953** |

| **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 | - Realizar lectura de los lineamientos | - Magnetico |
| 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 | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |
| 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 | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |
| 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 | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. validar el registro de la informacion con criterios de calidad en el aplicativo en linea dispuesto por la SDS | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |
| 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. | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares. | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |
| 7 | 7. Participar en reuniones, asistencias técnicas, comités del cuidado convocadas por la subred y/o SDS | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares. | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |
| 8 | 8. Mantener Adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados. | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares. | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 9 | 9. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales | - Se realiza visita a los barrios priorizados, según el territorio adscrito para cada promotor en este caso el número 156 en la localidad de Ciudad Bolívar, en el sector de Paraíso Quiba. - Se realiza valoración a la familia; talla, peso, TA, FC, SPAO2, glucometria. - Se socializa sobre promoción y prevención de la enfermedad a las familias. - Desde el día 21 de noviembre se realiza cambio de estrategia a avanzada en la cual se abordan los territorios con dificultades para realizar abordaje en los territorios. - Realizar acompañamiento a los promotores en salud en los sectores de poca efectividad en las visitas. - Organizar charlas con los lideres, presidentes de las juntas de acción comunal. - Realizar acompañamiento en los grupos familiares | - Listado de asistencia firma del Jefe de Familia. - Realizar la subida de la familia (integrantes) en el aplicativo y al formulario de Google. - Enviar y realizar canalizaciones de los usuarios que lo requieran. - Realizar actas de los recorridos realizados por los territorios. - Listado de asistencia de los líderes, presidentes y aquellas personas que intervengan en las charlas. |

## 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** | 7949652569 | - | | |
| **2024** | **OCTUBRE** | **2024** | **11** | **18** | | | | |

| 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 | **$ 69333** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 162500 | **$ 54167** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 10556** |
| Caja de Compensación | SI | COLSUBSIDIO | **Total** | **$ 377286** | **$ 134056** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0570004870459056 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON | 2024-11-27 00:23:14 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON | 2024-11-30 12:48:48 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2024-11-30 12:55:58 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON | 2024-11-30 13:18:48 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON | 2024-11-30 22:08:17 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA | 2024-11-30 22:09:11 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2024-12-01 13:55:17 |
| 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**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**


***© Siasur - 2024***

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1031147085 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 19 A N° 51 - 25 SUR | TELÉFONO: | 2792026 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de impresión. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | | **7949652569** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2024/11/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1054855147 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 55.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 55.500 | $ 0 | $ 55.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 55.500** | **$ 0** | **$ 55.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 43.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 43.400 | $ 0 | $ 0 | $ 43.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 43.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 43.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 8.500 | $ 8.500 | $ 0 | $ 0 | $ 8.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.500** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 2.100 | $ 0 | $ 2.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 2.100** | **$ 0** | **$ 2.100** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1031147085 | ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | 23 | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 8 | $ 346.667 | $ 55.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 55.500 | EPS008-COMPENSAR | 8 | $ 346.667 | $ 43.400 | $ 0 | $ 43.400 | 14-11 - ARL SURA | 8 | $ 346.667 | 103114708 | $ 8.500 | 8 | $ 346.667 | CCF22-COLSUBSIDIO | $ 2.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 109.500** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1031147085 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 19 A N° 51 - 25 SUR | TELÉFONO: | 2792026 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de impresión. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7949652569** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/11/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1054855147 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 55.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 55.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 43.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 43.400** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860007336 | CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 2.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 2.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 8.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 8.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 109.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 109.500** |

Planilla Pagada

9:58 65%

NOMBRES Y APELLIDOS:

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

TIPO DE VINCULACIÓN

MEDICIÓN CONOCIMIENTO DERECHOS Y DEBERES PS-SC-ACC-FT-03 V2

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

OFICINAS Y DIRECCIONES

Pregunta requerida

CARGO (PERFIL):

Pregunta requerida

**A CONTINUACION POR FAVOR SELECCIONE UNICAMENTE UNA OPCIÓN**

1. ¿A través de qué medio conoció los derechos y deberes

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1031147085 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 19 A N° 51 - 25 SUR | TELÉFONO: | 2792026 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de impresión. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7951040155** | | TIPO DE PLANILLA: | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | octubre |
| | AÑO: | 2024 | | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 10 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/12/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1088590615 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7949652569 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2024/11/18 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 7.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 7.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860066942 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 5.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 5.500** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860007336 | CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 1.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 1.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 13.700** |
| **VALOR MORA:** | **$ 400** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 14.100** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1031147085 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 19 A N° 51 - 25 SUR | TELÉFONO: | 2792026 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de impresión. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7951040155** | | | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES octubre AÑO 2024 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES octubre AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 10 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/12/02 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1088590615 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 7949652569 | | | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2024/11/18 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 6.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 100 | $ 0 | $ 6.900 | $ 100 | $ 7.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 6.900** | **$ 100** | **$ 7.000** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 5.400 | $ 0 | $ 100 | $ 0 | $ 5.400 | $ 100 | $ 0 | $ 5.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 5.400** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 5.500** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 1.100 | $ 1.100 | $ 100 | $ 0 | $ 1.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 1.100** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 1.200** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF22 | CCF22-COLSUBSIDIO | 1 | $ 300 | $ 100 | $ 400 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 300** | **$ 100** | **$ 400** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1031147085 | ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | 23 | | | | | | A | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 8 | $ 346.667 | $ 55.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 55.500 | EPS008-COMPENSAR | 8 | $ 346.667 | $ 43.400 | $ 0 | $ 43.400 | 14-11 - ARL SURA | 8 | $ 346.667 | 103114708 | $ 8.500 | 8 | $ 346.667 | CCF22-COLSUBSIDIO | $ 2.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1031147085 | ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | 22 | | | | | | C | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 9 | $ 390.000 | $ 62.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 62.400 | EPS008-COMPENSAR | 9 | $ 390.000 | $ 48.800 | $ 0 | $ 48.800 | 14-11 - ARL SURA | 9 | $ 390.000 | 103114708 | $ 9.600 | 9 | $ 390.000 | CCF22-COLSUBSIDIO | $ 2.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1031147085 | ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.300.000 | | | | NO | 22 | | | | | | R | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 1 | $ 43.333 | $ 6.900 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 6.900 | EPS008-COMPENSAR | 1 | $ 43.333 | $ 5.400 | $ 0 | $ 5.400 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 43.333 | 103114708 | $ 1.100 | 1 | $ 43.333 | CCF22-COLSUBSIDIO | $ 300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 14.100** |