EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1014209849, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20200623	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 24 días del mes de Noviembre de 2.024

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
26775159

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

ARL

sura

Medellín, 24 de noviembre de 2024

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ con documento de identidad C1014209849, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE con NIT N900958564.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-11-02	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	ASISTENCIAL	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS

PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.014.209.849**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Certificación Bancaria

Domingo, 24 de noviembre de 2024

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ identificado(a) con CC 1014209849, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	76378314107	2017-06-21	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800
09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España
(34) 900 995 717 – Estados



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

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	1014209849	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		TV 70 CBIS N 63 A39	7947794	vivilennon182@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÀ 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	
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81836068	$403.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	4	500	0	163.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	4	600	0	208.600	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	31.700				31.700	4	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	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	162.500	163.000
Pensión	1	208.000	208.600
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.400

PAGADA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

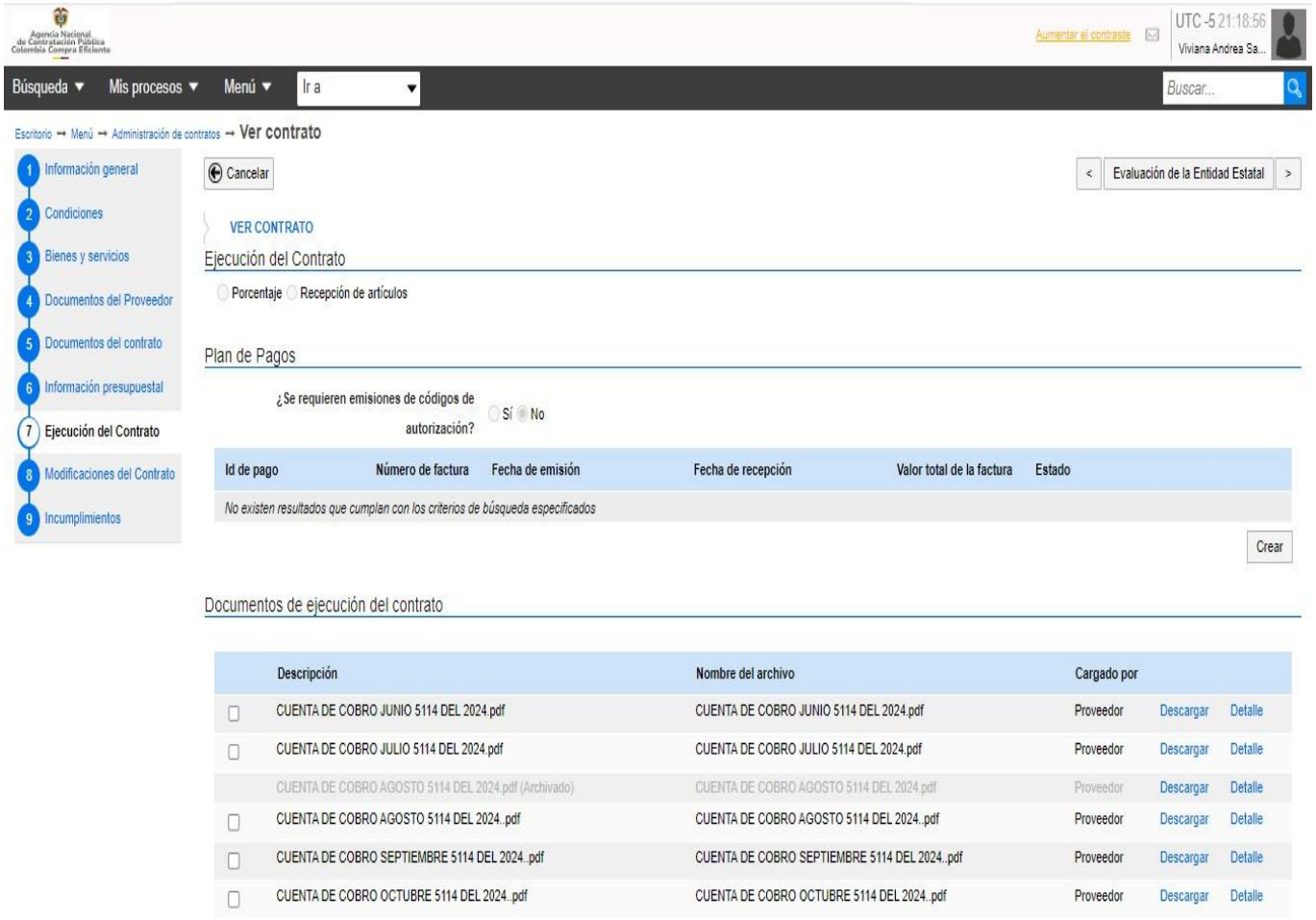
DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014209849	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		TV 70 CBIS N 63 A39	7947794	vivilennon182@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	18/11/2024	81836068	$403.400

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Residente	Dep. o Mpio. Laboral	Exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Valor/días o Ahorro	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días en Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014209849	SANCHEZ GOMEZ VIVIANA ANDREA	59	0			N							X										230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA


Aumentar el contraste
UTC -5 21:18:56
Viviana Andrea Sa...
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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
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
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
CUENTA DE COBRO JUNIO 5114 DEL 2024.pdf
CUENTA DE COBRO JUNIO 5114 DEL 2024.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO JULIO 5114 DEL 2024.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO 5114 DEL 2024.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO AGOSTO 5114 DEL 2024.pdf (Archivado)
CUENTA DE COBRO AGOSTO 5114 DEL 2024.pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO AGOSTO 5114 DEL 2024..pdf
CUENTA DE COBRO AGOSTO 5114 DEL 2024..pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 5114 DEL 2024..pdf
CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 5114 DEL 2024..pdf
Proveedor Descargar Detalle
CUENTA DE COBRO OCTUBRE 5114 DEL 2024..pdf
CUENTA DE COBRO OCTUBRE 5114 DEL 2024..pdf
Proveedor Descargar Detalle

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:**	2024-11-05	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		**Número de Documento:**	1014209849	
Correo Electrónico:	vivilennon182@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3114591931	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNET HGUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7390-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
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
K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	115.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-05		**Fecha de Terminación del ContratoInicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-31	1	$ 3998136	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 3998136	2815
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		NOVIEMBRE		$ 3998136	

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

$ 3998136	$ 11994408	$ 3998136	$ 7996272

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Realizar consejería en salud sexual y reproductiva, y aplicar pruebas rápidas en VIH, sífilis y Hepatitis B, y realizar seguimiento y acompañamiento en forma permanente a casos de VIH – reactivo, sífilis y hepatitis B con resultado positivo.	-Realizar 125 pruebas rápidas de VIH, SÍFILIS Y HB con asesoría pre y post y 92 asesorias realizadas en salud sexual y reproductiva a usuarios abordados que cumplan con los criterios de selección relacionado al consumo de SPA.	-Formato SISCO, Formato de asesoría en salud sexual y reproductiva y ficha vinculante.
2	Realizar intervención breve que obedece a los resultados obtenidos de la identificación del riesgo en salud mental, en salud sexual y reproductiva, en salud oral, en condiciones crónicas en los espacios comunitarios.	-"Fortalecimiento de habilidades para la vida, promoción de la convivencia social, salud mental y relaciones familiares en el marco de la mitigacion del consumo. "	- Formatos SISCO, Formato de asesoría en salud sexual y reproductiva y ficha vinculante. Actas de encuentros comunitarios
3	Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios	-"Fortalecimiento de habilidades para la promoción y prevención de enfermerades respiratorias enespacios comunitarios. "	-Actas de encuentros comunitario y fichas metodologicas. s
4	Realizar asesoría individual en hábitos de vida saludable, actividad física, alimentación saludable según criterios de tamización en talla, peso, medidas antropométricas y medidas tensionales	-"Realizar abordaje a la poblacion, acerca del proceso de enfermedad relacionada al COVID 19, signos y síntomas, mecanismos de contagio, prevención y vacunación, fomentando medidas de bioseguridad y elementos de protección personal para evitar y reducir el contagio por COVID 19.Actas de encuentros comunitarios. "	-Actas de encuentros comunitarios.
5	Realizar acciones de promoción de la salud mental, la convivencia y la prevención de diferentes formas de violencia, promoción de la sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos 6. canalizar a servicios de prestadores primarios y complementarios en el marco de la implementación del modelo integral de atención en salud (MIAS), en ofertas sociales, educativas, laborales entre otros.	-"Realizar abordaje integral del equipo de reducción de riesgos y daños, mediante las actividad de 8 sesiones colectivas grupales, en el reconocimiento y la identificación de los diferentes tipos de violencia y las rutas de atención que ofrece la red institucional. "	-Actas de encuentros comunitario y fichas metodologicas. s
6	Cumplir con la disponibilidad asignada, acuerdo al portafolio de servicios de la E.S.E.	-Apoyar acciones según las necesidades de la institución y del PIC, informe mensual, tableros de control, seguimientos, cronograma, alistamiento de productos para auditoría, archivo y participación en asistencias técnicas requeridas.	-Listado de asistencia, actas de encuentros y documentos y archivos en medio digital.
7	Generar adherencia al proceso de gestión documental, en la organización y custodia de los documentos generados.	-Realizar entrega de soportes físicos y digitales, tamizajes, actas de acciones comunitarias, jornada de prevención de uso nocivo de alcohol y canalizaciones, así como archivo acorde al proceso de gestión documental.	-Entrega de formatos y archivo.
8	Presentar para precrític y productos a preauditoria.	-Entrega de formatos de forma oportuna para precritica y preauditoria en las fechas establecidas	-Entrega de formatos y archivo.
9	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Apoyo en acciones institucionales del PIC, según las necesidades de la SUBRED SUR como jornadas de vacunación PAI, Jornadas con diferentes entes territoriales y Jornadas de salud realizadas en la localidad de Ciudad Bolivar.	-Listado de y actas d asistenciaencuentros. e

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2024	OCTUBRE	2024	11	18	81836068	-		$ 1999068

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	UN MILLON NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL SESENTA Y OCHOPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo delos Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1126666.6666667	$ 180267	**$ 208600**
Salud		COMPENSAR		$ 140833	**$ 163000**
ARL	3	SURA		$ 27446	**$ 31800**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 326981**	**$ 403400**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	76378314107

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2024-11-24 21:51:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2024-11-24 21:56:00
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2024-11-24 23:16:25
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2024-11-24 23:20:00
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ	2024-11-25 21:23:06
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNET HGUTIERREZ MONTILLA	2024-11-28 09:50:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 16:17:32
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 CACERESPOVEDA	2024-12-11 11:39:00

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 conlo 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 Integradade Servicios de Salud Sur E.S.E.



YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD