ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MONICA MARIA TORRES NARANJO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1018450381
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-11-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-11-28
FECHA DE PAGO:	2024-11-28
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2024-10
PERÍODO SALUD:	2024-10
NÚMERO PLANILLA:	31278353
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	31278353
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 900	$ 162.500	$ 163.400
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 208.000	$ 209.100
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 31.700	$ 31.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 402.200	$ 404.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/12/2024

Gmail

Monica Torres <moniimtn120@gmail.com>

PSE Transacción Aprobada - CUS 1081554695

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 28 de noviembre de 2024, 9:12 a.m.
Para: moniimtn120@gmail.com



¡Hola, Mónica María torres Naranjo !

Gracias por utilizar los servicios de NEQUI y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1081554695
Empresa: ASOPAGOS
Descripción: Pago de seguridad Social Integrado
Valor de la Transacción: $ 404.400
Fecha de Transacción: 28/11/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frencuentemente.

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_OCTUBRE_2024_CTO 7569-2024.pdf	CUENTA DE COBRO_OCTUBRE_2024_CTO 7569-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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		
☐	ARL SURA 1018450381 CTO 6406-2024.pdf	ARL SURA 1018450381 CTO 6406-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE2024-CTO6406-2024.pdf	CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE2024-CTO6406-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO_OCTUBRE_2024_CTO 6406-2024.pdf	CUENTA DE COBRO_OCTUBRE_2024_CTO 6406-2024.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:**	2024-11-01	**Hasta:**	2024-11-30	
Nombre del Contratista:	MONICA MARIA TORRES NARANJO		**Número de Documento:**	1018450381	
Correo Electrónico:	moniimtn120@gmail.com		**Número Telefónico:**	3025476027	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7569-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	2537
Perfil:	TECNICO 3 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
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	10028	$1845152	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1845152**	**UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CIENTOCINCUENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-19		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2024-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-11-01	2024-12-31	1	$ 1845152	2815
2	2024-11-01	2024-12-31	2	$ 1845152	2815

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	OCTUBRE	$ 922576
2	NOVIEMBRE	$ 1845152

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2767728	**$ 6458032**	**$ 2767728**	**$ 3690304**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Recibir y validar usuarios por riesgo y servicio social.	-La canalizacion en caso tal de encontrar una con rutas iguales más de una vez dentro del mismo mes deberá ser entregado al correo del lider para que realice la validación del caso, quien será el responsable de verificar si es o no duplicidad; en caso de serlo, se remitirá al espacio que realizó la canalización e informar que ya fue ingresado, en caso tal de no serlo se diriguencia de nuevo al digitador para que la digite.	Canalización devuelto al correo del profesional que valida la calidad.
2	2. Crear la canalizacion en el modulo sirc y posteriormente asignar numero de referenciacion de la canalizacion	-Llevar un registro diario de los casos ingresados en el sistema integral de referencia y contrarreferencia SIRC.	-Evidencia del registro diario de los casos ingresados con criterios de calidad en el módulo SIRC se encontraran en el DRIVE DE CONTEO
3	3. contabilizar canalizaciones ingresadas al sirc	-Llevar un registro diario de los casos ingresados en el sistema integral de referencia y contrarreferencia SIRC.	-Evidencia física y/o magnética, del registro diario de los casos ingresados con criterios de calidad en el módulo SIRC o el aplicativo que establezca la SDS. * Indicadores A8 TC_Canalizaciones
4	4. Ajustar errores en la digitacion en aplicativo sirc	-Es responsabilidad del digitador, corregir los errores ingresados en el módulo canalizaciones – aplicativo SIRC. Una vez identificado el error, se deberá corregir en un máximo de un día hábil.	-Evidencia del ajuste realizado,esto aplica para todo digitador, sea de apoyo ocasional o del grupo de canalizaciones.Porcentaje Faltante de ajustes de digitador en Tablero de control de Calidad Canalizaciones reportado por el técnico variable “Responsable Error, Digitador”
5	5. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	-Apoyar las actividades solicitadas por la líder de canalizaciones o cualquier contingencia en el procedimiento de canalizaciones.	-Actas y listados de asitencia

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	$ 922576
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	31278353	-		
2024	**OCTUBRE**	**2024**	**11**	**28**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	NOVECIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEISPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 209100**
Salud		NUEVA EPS		$ 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	0570004870440353

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA MARIA TORRES NARANJO	2024-11-26 19:36:31
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA MARIA TORRES NARANJO	2024-11-28 09:17:47
RECHAZADO SUPERVISOR	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-28 12:24:53
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA MARIA TORRES NARANJO	2024-11-28 12:28:48
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-28 13:53:34
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-29 15:26:56
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 11:38:51

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