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	1022412902	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA	KR 66A 12A-22	4402630	peraltafabio876@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ 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	
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	75513488	$431.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	8	1.200	0	163.700	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	8	1.500	0	209.500	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	8	300	32.000			317	32.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	8	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	163.700
Pensión	1	208.000	209.500
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	431.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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	1022412902	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA		KR 66A 12A-22	4402630	peraltafabio876@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ 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	
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	75513488	$431.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1022412902	PERALTA BAUTISTA FABIO LEONARDO	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA		**Número de Documento:**	1022412902	
Correo Electrónico:	peraltafabio876@gmail.com		**Número Telefónico:**	3202436825	
Nombre del Supervisor:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	**Cargo:**	DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2673-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	507
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO (DIGITADOR - TRANSCRIPTOR)				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
Unidad de Servicios:	USS MEISSEN				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
L04ME	DIRECCIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	USS MEISSEN	180	50	8900	$2047000	123.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2047000**	**DOS MILLONES CUARENTA Y SIETE MIL PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-02		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-05-01	2023-07-31	1	$ 2207200	1560
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 2483100	2131
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 1441800	2429
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 1762200	2810
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 186900	3171

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 4725900	3611
7	2024-01-01	2024-01-31	7	$ 1735500	155

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1913500
2	MARZO	$ 2269500
3	ABRIL	$ 1673200
4	MAYO	$ 2331800
5	JUNIO	$ 2287300
6	JULIO	$ 1877900
7	AGOSTO	$ 2055900
8	SEPTIEMBRE	$ 293700
9	OCTUBRE	$ 1335000
10	NOVIEMBRE	$ 2607700
11	DICIEMBRE	$ 2038100
12	ENERO	$ 2047000

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8277000	**$ 22819600**	**$ 22730600**	**$ 89000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo en las areas asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	Prestar servicios como transcriptor en el servicio de ecografía de Ginecología y Obstetricia y radiología de acuerdo a programación de actividades bajo protocolos y procedimientos institucionales según necesidades del servicio.	Programación de actividades
2	Realizar actividades de apoyo administrativo a los profesionales en el area de Imagenologia, de manera personal y con autonomia, en cumplimiento de las guias de manejo y protocolos propios del Subproceso	Se realiza registro diario de excel para fines de estadística del mes	Base de excel del mes.
3	Transcripcion de reportes de Imagenologia garantizando la veracidad del informe dictado por el medico radiologo	Redactar adecuadamente cada reporte teniendo en cuenta el tipo de examen y el paciente a quien se realiza del mes.	Sistema de información dinámica gerencial

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Garantizar que loS reportes queden en la historia clinica del paciente una vez validados por el medico radiologo	Realizado el reporte de ecografía con visto bueno del profesional, se ingresa al sistema Dinámica Gerencial en el mes.	Sistema de información dinámica gerencial
5	Conocer y aplicar los manuales, guias, protocolos y procedimientos establecidos en cada proceso, para obtener estandares satisfactorios en el desarrollo de sus actividades	Tenga en cuenta la preparación requerida para la toma de cada ecografía del mes.	Sistema de información dinámica gerencial
6	Elaborar y entregar los informes necesarios y hacer su respectivo seguimiento	Realizar los informes de ecografía en el tiempo establecido del examen en el mes.	Entrega de resultados
7	Realizar el registro diario de los estudios realizados por el especialista	Ingresar los pacientes diariamente en la base de excel del mes.	Base de excel.

© 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	$ 2038100
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73910471	-		
2023	DICIEMBRE	2024	01	11				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TREINTA Y OCHO MIL CIENPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1160000	$ 185600	**$ 187000**
Salud		FAMISANAR		$ 145000	**$ 146100**
ARL	3	SURA		$ 28258	**$ 28600**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	**$ 361700**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	7271113040

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA	2024-01-25 09:26:22
ACEPTADO SUPERVISIÓN	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	2024-01-25 18:09:19
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-01-26 16:47:21
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	2024-02-15 10:38:53

FABIO LEONARDO PERALTA BAUTISTA
1022412902

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS