aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39644678		PEDRAZA ALDANA CARMEN ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 78 k 56a 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4072491	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1000000661	9478160942	I	2024/12/18	2024/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$562,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$227,200			$0	$0			$1,817,052		$44,300		$0	$0		$562,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$227,200			$0	$0			$1,817,052		$44,300		$0	$0		$562,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$227,200			$0	$0			$1,817,052		$44,300		$0	$0		$562,300
1	CC	39644678 PEDRAZA CARMEN																		25-14	30	$1,817,052	$290,800	EPS005	30	$1,817,052	$227,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,817,052	2.436%	$44,300	0	$0	$0	No	$562,300
Total		**Afiliados(1)**																				$1,817,052	$290,800			$1,817,052	$227,200			$0	$0			$1,817,052		$44,300		$0	$0		$562,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 39644678		PEDRAZA ALDANA CARMEN ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 78 k 56a 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4072491	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1000000661	9478160942	I	2024/12/18	2024/12/11	BANCO DE BOGOTA	0	$562,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,800	$0	$0	$290,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$290,800	$0	$0	$290,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,300	$0	$0	$44,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$44,300	$0	$0	$44,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,200	$0	$0	$227,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$227,200	$0	$0	$227,200
TOTAL				1	$562,300	$0	$0	$562,300

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? ○ 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 7510-2024 (2).pdf	Cuenta De Cobro Octubre 2024-CTO 7510-2024 (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta De Cobro Noviembre-CTO-7510-2024.pdf	Cuenta De Cobro Noviembre-CTO-7510-2024.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:	CARMEN ROSA PEDRAZA ALDANA		**Número de Documento:**	39644678	
Correo Electrónico:	carmenalexa2004@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3133889605	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7510-2024	**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
K29PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	21729	$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3998136**	**TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2024-10-19		**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	$ 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	OCTUBRE	$ 1999068
2	NOVIEMBRE	$ 3998136

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5997204	**$ 13993476**	**$ 5997204**	**$ 7996272**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. dar cumplimiento a los objetivos y metas establecidas en el plan de cuidado escolar del entorno educativo.	-SE REALIZAN 54 SESIONES COLECTIVAS CON ESTUDIANTES EN COLEGIOS DE CIUDAD BOLÍVAR, TUNJUELITO Y USME, 1 SESION CON DOCENTES Y 4 SESIONES INDIVIDUALES (SESION 1 CONCERTACION)	-DRIVE , TABLERO DE CONTROL, FORMATOS,
2	2. programar y desarrollar sesiones educativas en salud mental de acuerdo a la metodologia y contenido tematico del ciclo de formacion educativa segun al grado escolar, edades, cursos y caracteristicas del desarrollo humano mediante la intervencion.	-SE DA CUMPLIMIENTO A LOS OBJETIVOS Y METAS CON LAS SESIONES DIRIGIDAS A LOS ESTUDIANTES	-LISTADOS DE ASISTENCIA
3	3. fomentar habitos saludables en niños, niñas y adolescentes mediante la educacion en salud mental.	-SE TRABAJA CON LOS ESTUDIANTES LOS HABITOS SALUDABLES PARA FOMENTARLOS EN LOS HOGARES Y SE BRINDA EDUCACION EN SALUD MENTAL	-LISTADOS DE ASISTENCIA ,FORMATOS
4	4. realizar la concertacion con las familias para el desarrollo de las sesiones.	-EN EL PERIODO A CERTIFICAR NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD	-N/A
5	5. realizar intervencion a casos relacionados con los eventos psicosociales acorde al proceso de notificacion por parte de las instituciones educativas de acuerdo al lineamiento.	-EN EL PERIODO A CERTIFICAR NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD	-N/A
6	6. socializar las lineas de apoyo psicosocial y/o soporte en situacion de crisis.	-SE SOCIALIZAN EN LAS DIFERENTES SESIONES A LOS ESTUDIANTES, LAS LINEAS DE APOYO 123, 106, 141, PURPURA, ENTRE OTRAS	-LISTADOS DE ASISTENCIA
7	7. orientacion y canalizacion a los servicios de salud y sociales, de acuerdo a las necesidades de la poblacion identificadas en las acciones.	-EN EL PERIODO A CERTIFICAR NO SE ELABORAN CANALIZACIONES	-N/A
8	8. diligenciar los formatos de recoleccion de la informacion establecidos en el lineamiento y/o institucional.	-SE DILIGENCIAN LOS FORMATOS DE LAS SESIONES COLECTIVAS	-FORMATOS,DRIVE DE ENTREGA DE FORMATOS
9	9. Validar la entrega de los soportes con el fin de sistematizar la informacion recolectad en las diferentes herramientas y/o aplicativos establecidos para tal fin.	-SE REALIZA LA ENTREGA DE SOPORTES PARA LA SISTEMATIZACION	-FORMATOS, TABLERO DE CONTROL
10	10. entregar de manera oportuna las actividades, productos e informes obtenidos y segun indicaciones tecnicas.	-SE ENTREGA DE MANERA OPORTUNA ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	-FORMATOS, TABLERO DE CONTROL

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	11. presentar los informes acordes con los atributos de calidad, oportunidad y veracidad.	-SE ENTREGAN LOS INFORMES SOLICITADOS	-INFORMES, CORREO
12	12. organizar y entregar el archivo correspondiente a su intervencion conforme a los lineamientos del proceso de gestion documental.	-SE ORGANIZAN Y ENTREGAN LAS CARPETAS	-TABLERO DE CONTROL, SOPORTES,CARPETAS
13	13.informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos.	-EN EL PROCESO A CERTIFICAR NO SE DESARROLLO LA ACTIVIDAD	-N/A
14	14. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	-SE PARTICIPA EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS : REUNIONES DE EQUIPO Y REUNIONES PRECRITICA.	-LISTADO DE ASISTENCIA

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	$ 1999068
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9476862607	-		
2024	OCTUBRE	2024	11	14				

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 de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1300000	$ 208000	**$ 290800**
Salud		SÁNITAS		$ 162500	**$ 227200**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 44300**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 562300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	1003692414

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	CARMEN ROSA PEDRAZA ALDANA	2024-11-23 20:35:00
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2024-11-25 14:17:36
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2024-11-26 17:01:24
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 11:38:49

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