

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014209849	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		TV 70 CBIS N 63 A39	7947794	vivilenon182@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	81765158	\$495.400	

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	200.000	0		0		0	1	200	0	200.200	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	255.900	0	0	0	0	1	200	0	256.100	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	39.000				39.000	1	100	39.100			390	39.100	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	200.000	200.200
Pensión	1	255.900	256.100
Riesgos Laborales	1	39.000	39.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	494.900	495.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014209849	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		TV 70 CBIS N 63 A39	7947794	vivilenon182@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	81765158	\$495.400	

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Contrate	Subjugo	Estratipo	Com. asesor	Exonerado	NO	RET	TRE	TAE	TIP	TUP	VBP	VBT	SEN	SNL	SNM	SNR	SNV	SNW	SNX	SNY	SNZ	AVP	VCT	RE. CONSECUCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1014209849	SANCHEZ GOMEZ VIVIANA ANDREA	59	0			N																					230301	1.599.255	255.900	0	0	0	0	EPS008	1.599.255	200.000	14-11	1.599.255	3	39.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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
<input type="checkbox"/> ARL SURA 1014209849 CTO 7390-2024.pdf	ARL SURA 1014209849 CTO 7390-2024.pdf	Comprador Descargar Detalle
<input type="checkbox"/> CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 7390 DEL 2024.pdf	CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 7390 DEL 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
		INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME							
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31			
Nombre del Contratista:	VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ			Número de Documento:	1014209849		
Correo Electrónico:	vivilennon182@hotmail.com			Número Telefónico:	3114591931		
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNET H GUTIERREZ MONTILLA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	Código o 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	Procentaje(%) Centro de Costos

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

K30PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	DE SALUD PÚBLICA	184	0	21729	\$3998136	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 3998136	TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS					
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO							
Fecha de Inicio del Contrato		2024-11-05			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		NOVIEMBRE			\$ 3998136		
2		DICIEMBRE			\$ 3998136		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 3998136		\$ 11994408	\$ 7996272	\$ 3998136
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 100 pruebas rápidas de VIH, SÍFILIS Y HB con asesoría pre y post y 100 asesorías 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 mitigación 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 enfermedades respiratorias en espacios comunitario	-Actas de encuentros fichas metodologicas	
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 población, 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	
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 actividades 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 fichas metodologicas	
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 productos para precritica y 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 Bolívar.	-Listado de asistencia encuentros
---	--	---	-----------------------------------

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 3998136
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	81765158	-		
2025	NOVIEMBRE	2024	12	12				
							TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEIS PESOS	
Item				Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PORVENIR	\$ 1599254	\$ 255881	\$ 256100
Salud					COMPENSAR		\$ 199907	\$ 200200
ARL				3	SURA		\$ 38958	\$ 39100
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 464136	\$ 495400
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		2024-12-11 21:43:31		
RECHAZADO SUPERVISOR				YOLANDA JANNET H GUTIERREZ MONTILLA		2024-12-13 11:16:50		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		2024-12-13 16:43:23		
RECHAZADO SUPERVISOR				YOLANDA JANNET H GUTIERREZ MONTILLA		2024-12-16 01:53:17		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES				VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ		2024-12-16 18:41:45		
ACEPTADO SUPERVISIÓN				YOLANDA JANNET H GUTIERREZ MONTILLA		2024-12-16 19:17:56		
ACEPTADO CONTRATACIÓN				MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2024-12-17 11:09:48		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA				ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-01-17 15:39:52		

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)

Yolanda Janneth Montilla

**YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA PROFESIONAL
ESPECIALIZADO AREA SALUD**

