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 | | 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 | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 08/01/2025 | 82665207 | $494.900 | |

## 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 | 0 | 0 | 0 | 200.000 | 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 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 255.900 | 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 | 0 | 0 | 39.000 | | | 390 | 39.000 | 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 | 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 | 200.000 | 200.000 |
| Pensión | 1 | 255.900 | 255.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 494.900 | 494.900 |

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 | 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 | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

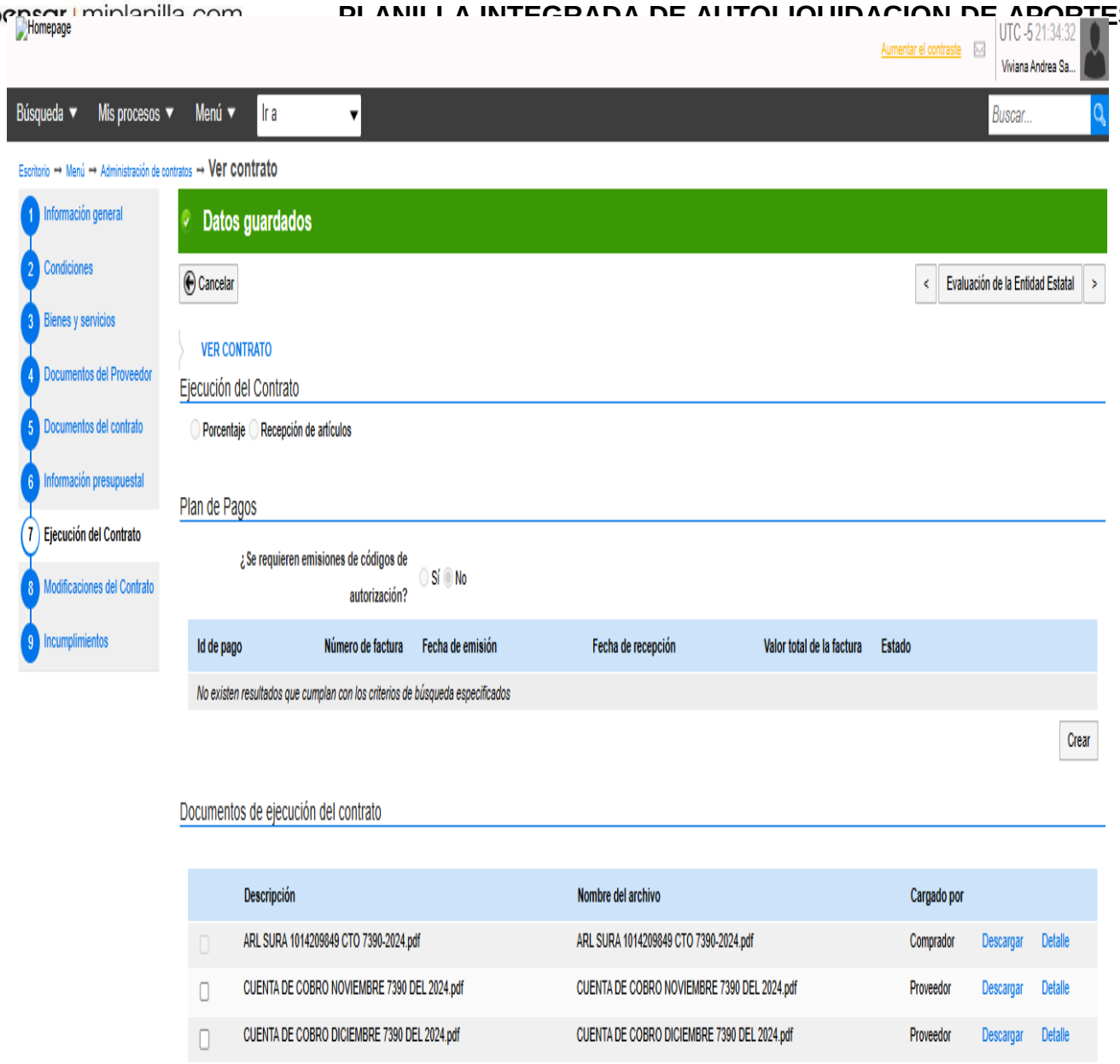
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **PLANILLA ASOCIADA** | **FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)** | **TIPO PLANILLA** | **FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)** | **NÚMERO PLANILLA** | **CANTIDAD** | |
| | | | | | **EMPLEADOS** | **UPC** |
| | | | | | 1 | 0 |
| **PERIODO SALUD** | **PERIODO PENSIONES** | | | | **TOTAL A PAGAR** | |
| 2024-12 | 2024-12 | I | 08/01/2025 | 82665207 | $494.900 | |

## 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** | **Exonerado** | **IGE** | **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 | 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

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


Homepage
Aumentar el contraste
UTC -5 21:34:32
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
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
ARL SURA 1014209849 CTO 7390-2024.pdf
ARL SURA 1014209849 CTO 7390-2024.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 7390 DEL 2024.pdf
CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 7390 DEL 2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 7390 DEL 2024.pdf
CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 7390 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:** | 2025-01-03 | **Hasta:** | 2025-01-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ | | **Número de Documento:** | 1014209849 | |
| **Correo Electrónico:** | vivilennon182@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3114591931 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | **Cargo:** | DIRECTOR DE DEL GESTION RIESGO EN SALUD | **Código - o Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1130-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 1 |
| **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 | $3998136 | 107.1% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3998136** | **TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2025-01-03 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2025-07-23 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | ENERO | $ 3998136 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 27054013** | **$ 27054013** | **$ 3998136** | **$ 23055877** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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 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 | 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 | 3. Identificar usuarios sintomáticos respiratorios de eventos transmisibles en espacios comunitarios | -"Fortalecimiento de habilidades para la promoción y prevención de enfermerades respiratorias en espacios comunitarios. " | -Actas de encuentros comunitarios y fichas metodologicas. |
| 4 | 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 | 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 | -"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 comunitarios y fichas metodologicas. |
| 6 | 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 un minimo de 25 canalizaciones en las diferentes necesidades identificadas. y realizar el envio de forma oportuna. | -Formato de canalización, base digital de caracterizacion de Tamizajes. |
| 7 | 7. 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. |
| 8 | 8. 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. |
| 9 | 9. Presentar productos para precrítica y preauditoria | -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 asistencia encuentros |
| 10 | 10. 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 | -Listado de asistencia y actas de encuentros. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Bolívar. | |


***© Siasur - 2025***

## 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 | $ 3998136 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 82665207 | - | | |
| 2024 | DICIEMBRE | 2025 | 01 | 08 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL CIENTOTREINTA Y SEISPESOS | | | | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1599254 | $ 255881 | $ 255900 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 199907 | $ 200000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 38958 | $ 39000 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 464136** | $ 494900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

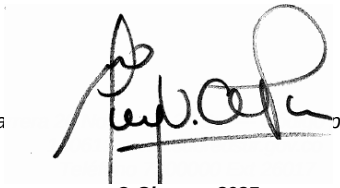
| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 76378314107 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ | 2025-01-23 22:07:00 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ | 2025-01-23 22:08:25 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | VIVIANA ANDREA SANCHEZ GOMEZ | 2025-01-23 22:10:25 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA | 2025-01-28 09:27:02 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO | 2025-01-28 14:23:51 |
| 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 | 2025-02-19 16:31:18 |

**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.



*Ca* *postal:*

*© Siasur - 2025*

**LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD**