Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **03/02/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LLERANDIN POLANIA CRUZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033733432**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488402156431**
Fecha de apertura	**06/11/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LLERANDIN POLANIA CRUZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1033733432,** se encuentra afiliado/a desde **04/05/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LLERANDIN POLANIA CRUZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1033733432, se encuentra Mora en Aportes en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20190825	No Registrada

Beneficiarios:

Nombre Beneficiario	Paren.	Identificación	Tipo de Identificación	Fecha de Afiliación	Fecha de Retiro	Estado Afiliación
CRISTHIAN CAMILO DIAZ SAENZ	CP	1022984064	CC	20190825	No Registrada	Mora en Aportes
JULIAN DAVID DIAZ POLANIA	HI	1023000759	TI	20190825	No Registrada	Mora en Aportes
ANGEL ADRIAN DIAZ POLANIA	HI	1023047833	RC	20220128	No Registrada	Mora en Aportes

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 3 días del mes de Febrero de 2.025

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio
www.compensar.com

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
27710878

CER-AFI

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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		
☐	CTO 3728 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	CTO 3728 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-31, 04:07:46 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068841633

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8864571850

PAGADO 30/01/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LLERALDIN POLANIA CRUZ		
Documento	CC1033733432	**Dirección**	CRA 2 ESTE N 90 A 83 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3132494507
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1033733432	LLERANDIN POLANIA CRUZ	59	00																	0	30	30	30	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	$ 1.300.000	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200	$ 5.900	$ 434.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

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:**	2025-01-06	**Hasta:**	2025-01-31	
Nombre del Contratista:	LLERANDIN POLANIA CRUZ		**Número de Documento:**	1033733432	
Correo Electrónico:	lleraljuli2012@gmail.com		**Número Telefónico:**	3132494507	
Nombre del Supervisor:	ANDREA LOPEZ GUERRERO	**Cargo:**	JEFE OFICINA DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	**Código - Grado:**	006-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1848-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	6
Perfil:	AUXILIAR EN ENFERMERIA				
Dirección a la que Pertenece:	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA I				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
O02ULN	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	CENTRO DE SALUD DANUBIO AZUL - NUEVO	$1822028	120%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1822028**	**UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL VEINTIOCHOPESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-06	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 1822028	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14576224	**$ 14576224**	**$ 1822028**	**$ 12754196**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA

1	Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermería) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantía y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes.	-se realizan charlas informativas a los usuarios trasladados	-20 charlas al mes
2	Informar y orientar a los usuarios y su familia de manera presencial en las sedes de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur o mediante atención telefónica, promoviendo el enfoque diferencial según la necesidad de los mismos y entregar soporte físico de la atención individual o grupal y realizar los registros en el aplicativo SI CUENTANOS de manera oportuna.	-se realiza charlas educativas sobre el agendamiento de la ruta de la salud	-se informa el uso de la ruta se realiza 10 agendamiento
3	Realizar filtro de ingreso en la Unidad de Servicios de Salud, para identificar necesidad de usuarios y direccionar de manera adecuada, cálida, oportuna y efectiva; verificando la documentación pertinente, de acuerdo al servicio requerido.	-se realiza aplicación de encuestas de satisfacción	-se aplican 75 encuestas de satisfacción de servicio complementarios y ambulatorio
4	Identificar población preferencial, poblacional y especial gestionando su atención con celeridad contribuyendo a la atención integral y con calidad y realizar los registros SI CUENTANOS	-registro en el aplicativo sidma (250 registros en sidma)	-250 registro de sidma
5	Realizar divulgación permanente de información de interés en sala de espera para los usuarios de los servicios, derechos y deberes del paciente, portafolio de servicios, mecanismos de escucha, y demás requeridos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	-desarrollar las actividades relacionadas en el convenio 008-2021 con el fin de dar cumplimiento al objeto	-charlas, registros en SIDMA, encuestas y agendamientos
6	Realizar y/o tabular encuestas de satisfacción de acuerdo a meta individual establecida de satisfacción del usuario y su familia de los diferentes servicios de la institución donde se requiera.	-desarrollar las actividades relacionadas en el convenio 008-2021 con el fin de dar cumplimiento al objeto	-charlas, registros en SIDMA, encuestas y agendamientos

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	$ 1670280
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1068841633	-		
2024	**DICIEMBRE**	**2025**	**01**	**30**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1083333.3333333	$ 173333	**$ 208000**
Salud		COMPENSAR		$ 135417	**$ 162500**
ARL	3	SURA		$ 26390	**$ 31700**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 314405**	**$ 402200**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	550488402156431

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LLERANDIN POLANIA CRUZ	2025-02-04 19:18:45
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LLERANDIN POLANIA CRUZ	2025-02-04 19:32:46
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ANDREA LOPEZ GUERRERO	2025-02-04 20:46:16
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-02-05 09:34:08
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	2025-02-20 15:20:05

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.



ANDREA LOPEZ GUERRERO

© Siasur - 2025