



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-23, 02:57:25 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1072178311

Periodo Cotización: abril de 2025

Periodo Servicio: abril de 2025

Referencia pago (PIN): 8864571850

## PAGADO 23/05/2025

### 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	USP	COR	SIN	USI	IGI	UMI	UAC	UAP	UCI	IRI	Dias FER	Dias EPS	Dias ANC	Dias 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	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	2.436	\$ 1.423.500	\$ 34.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.423.500	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000

### 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
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 34.700	\$ 28.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 469.000	\$ 4.500	\$ 473.500



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		
<input type="checkbox"/> CTO 3728 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf (Archivado)	CTO 3728 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO ENERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO DE MARZO.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO DE MARZO.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> CTO 1848 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	CTO 1848 CUENTA DE COBRO ABRIL.pdf	Proveedor	<a href="#">Descargar</a>	<a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá  
certifica que:

**LLERANDIN POLANIA CRUZ**  
C.C. 1033733432

participó en el curso virtual:

**Generalidades de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y  
Mantenimiento de la Salud (RPMS)**

No valido para personal salud  
Primer Semestre 2025  
Con una duración de 15 horas  
Bogotá



**Salomé Valencia Aguirre**  
Asesora de despacho



SECRETARÍA DE  
**SALUD**



**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.****INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS****DATOS DEL INFORME**

<b>Periodo a Certificar:</b>	<b>Desde:</b>	2025-05-01	<b>Hasta:</b>	2025-05-31
<b>Nombre del Contratista:</b>	LLERANDIN POLANIA CRUZ		<b>Número de Documento:</b>	1033733432
<b>Correo Electrónico:</b>	lheraljuli2012@gmail.com		<b>Número Telefónico:</b>	3132494507
<b>Nombre del Supervisor:</b>	MARIO GARZON JARA JAIR	<b>Cargo:</b>	JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	<b>Código Grado:</b> - 230

**DATOS DEL CONTRATO**

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

**LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS**

<b>Centro de Costos</b>	<b>Dirección</b>	<b>Unidad</b>	<b>Total</b>	<b>Procentaje(%) Centro de Costos</b>
O02VAN	OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO	USS CANDELARIA LA NUEVA	\$1833960	100%
<b>VALOR SERVICIO PRESTADO MES:</b>	\$ 1833960	<b>UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTAPESOS</b>		

**EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

<b>Fecha de Inicio del Contrato</b>	2025-01-06	<b>Fecha de Terminación del Contrato Inicial</b>	2025-08-31
<b>No. Cuenta Según el Mes Certificado</b>	<b>Mes Cuenta de Cobro</b>	<b>Valor a Pagar</b>	
1	ENERO	\$ 1822028	
2	FEBRERO	\$ 1822028	
3	MARZO	\$ 1822028	
4	ABRIL	\$ 1822028	
5	MAYO	\$ 1833960	

<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>PAGOS REALIZADOS</b>	<b>SALDO DEL CONTRATO</b>
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------	---------------------------

\$ 14576224		\$ 14576224		\$ 9122072		\$ 5454152		
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		
7	Desplegar las acciones de educación dirigidas por la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, dirigidas a los colaboradores y funcionarios en temáticas como : política de género, inclusión y no discriminación, derechos y deberes, mecanismos de escucha, canales de atención, enfoque diferencial, entre otras.		- Se realiza despliegue de las acciones de educación dirigidas por la Oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano, dirigidas a los colaboradores y funcionarios en temáticas como : política de género, inclusión y no discriminación, derechos y deberes, mecanismos de escucha, canales de atención, enfoque diferencial, entre otras.			-se realiza socializacion las cuales estan registradas en el formato de charlas informativas		

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	\$ 1822028
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA				
2025	ABRIL	2025	05	23	1072178311	-		
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL VEINTIOCHOPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1423500	\$ 227760	\$ 227800
Salud					COMPENSAR		\$ 177938	\$ 178000
ARL				3	SURA		\$ 34676	\$ 34700
Caja de Compensación				SI	COLSUBSIDIO	<b>Total</b>	<b>\$ 413129</b>	<b>\$ 440500</b>
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		2025-05-24 20:58:33	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIO JAIR GARZON JARA		2025-05-28 12:26:29	
RECHAZADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-05-29 11:25:24	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LLERANDIN POLANIA CRUZ		2025-05-29 11:41:34	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					LLERANDIN POLANIA CRUZ		2025-05-29 11:44:27	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					MARIO JAIR GARZON JARA		2025-05-29 12:11:53	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-05-29 14:21:58	

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.



**MARIO JAIR GARZON JARA**  
**JEFE OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y**  
**SERVICIO AL CIUDADANO**