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:**	2025-11-01	**Hasta:**	2025-11-30	
Nombre del Contratista:	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON		**Número de Documento:**	1031147085	
Correo Electrónico:	Alliska3@gmail.com		**Número Telefónico:**	3014830851	
Nombre del Supervisor:	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD	**Código - Grado:**	242-25

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6963-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	1675
Perfil:	PROFESIONAL UNIVERSITARIO I-EBE				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS SANTA MARTA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
V07UI552	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS SANTA MARTA	184	0	26300	$4839200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4839200**	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-10-03		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-11-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-11-27	2026-01-09	1	$ 6290960	1957
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		OCTUBRE		$ 4839200	

© Siasur - 2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9678400	**$ 15969360**	**$ 4839200**	**$ 11130160**

© Siasur - 2025

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Planear y programar la gestión financiera integral del convenio, asegurando coherencia entre metas, cronogramas y presupuesto.	- Definir el cronograma de ejecución de recursos, asegurando correspondencia con las actividades técnicas y administrativas.	- Magnético
2	2. Elaborar la mensualización del flujo de caja del convenio, garantizando la disponibilidad oportuna de recursos para las acciones de bienestar.	- Ajustar el flujo de caja según las variaciones en la ejecución presupuestal o modificaciones del convenio.	- Magnético
3	3. Analizar y gestionar las necesidades de bienes, servicios, insumos y talento humano requeridos para la operación de los equipos MAS Bienestar.	- Realizar el análisis de disponibilidad presupuestal y priorización de necesidades.	- Magnético
4	4. Administrar los recursos del convenio en cuenta bancaria exclusiva, en cumplimiento de la normativa vigente.	- Realizar el anexo 2 del desglose exclusivo de la cuenta donde se detalla el cumplimiento de la cuenta exclusiva paara el mismo	- Físico y magnético
5	5. Reportar mensualmente la ejecución financiera, articulando lo técnico, lo administrativo y lo financiero.	- Reportar el estado financiero y administrativo del convenio	- Magnético
6	6. Gestionar pagos de bienes, servicios, insumos y talento humano, asegurando la trazabilidad y legalidad de cada gasto.	- Registrar el pago del gasto del convenio y teniendon la trazabilidad de cada pago y su proveedor	- Magnético
7	7. Implementar acciones correctivas, preventivas y de mejora continua derivadas del control financiero.	- Promover espacios de revisión y retroalimentación con las áreas involucradas para fomentar la mejora continua. - Monitorear la efectividad de las acciones aplicadas y ajustar los procedimientos según los resultados obtenidos.	- Magnético
8	8. Participar en conciliaciones financieras semestrales con la Subred y la SDS, entregando los soportes requeridos.	- Asistir a las reuniones de conciliación programadas con la Subred y la SDS, aportando la información solicitada. - Registrar los acuerdos o compromisos derivados del proceso de conciliación.	- Magnético
9	9. Documentar y presentar lecciones aprendidas y buenas prácticas en la gestión financiera del convenio.	- Recopilar información sobre los procesos financieros ejecutados, identificando aciertos, dificultades y oportunidades de mejora.	- Magnético
10	10. Cumplir con los indicadores financieros y administrativos establecidos (oportunidad en entrega de productos, ejecución técnica y contrapartida). Con cumplimiento =95% o según meta.	-- Entrega oportuna de los productos de ejecución técnica y contrapartida.	- Fisico y magnetico
11	11. Asistir a los diferentes espacios convocados, como reunión mensual, comité de cuidado, fortalecimientos técnicos, precríticas y demás espacios por la SDS y la Subred.	- Asistir a los diferentes espacios solicitados por la SDS para fortalecer a la subred	- Físico
12	12. Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales."	- Apoyar y acatar otras actividades que lo requieran el perfil para las actividades misionales	- Físico

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	$ 4839200
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	7990963961	-		
2025	**OCTUBRE**	**2025**	**11**	**12**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS**

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1935680	$ 309709	**$ 309900**
Salud		COMPENSAR		$ 241960	**$ 242100**
ARL	3	SURA		$ 47153	**$ 47300**
Caja de Compensación	SI	COLSUBSIDIO	**Total**	**$ 561773**	**$ 599300**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0570004870459056

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON	2025-11-25 11:59:10
ACEPTADO SUPERVISIÓN	YOLANDA JANNETH GUTIERREZ MONTILLA	2025-11-30 07:48:27
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO	2025-11-30 20:17:12

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR	TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7996354657**	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/11/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1954052805
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			7990963961	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2025/11/12

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 5.000	$ 100	$ 5.100
SUBTOTALES:										**$ 5.000**	**$ 100**	**$ 5.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 3.800	$ 0	$ 100	$ 0	$ 3.800	$ 100	$ 0	$ 3.900
SUBTOTALES:													**$ 3.800**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 3.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 700	$ 700	$ 100	$ 0	$ 800
SUBTOTALES:									**$ 700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 200	$ 100	$ 300
SUBTOTALES:			**$ 200**	**$ 100**	**$ 300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN									SALUD						ARP												
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.904.842				NO							A										230301-PORVENIR	30	$ 1.904.842	$ 304.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.904.842	$ 238.200	$ 0	$ 238.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.904.842	103114708	$ 46.500	30	$ 1.904.842	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.935.680				NO							C	01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.935.680	$ 309.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 309.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.935.680	$ 242.000	$ 0	$ 242.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.935.680	103114708	$ 47.200	30	$ 1.935.680	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 11.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.935.680				NO							R	01-30									230301-PORVENIR	0	$ 30.838	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 5.000	EPS008-COMPENSAR	0	$ 30.838	$ 3.800	$ 0	$ 3.800	14-11 - ARL SURA	0	$ 30.838	103114708	$ 700	0	$ 30.838	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 10.100

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR	TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:			**7990963961**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO	2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2025
DÍAS DE MORA:				0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2025/11/12		NÚMERO AUTORIZACIÓN:				1922288921

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 304.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 304.800	$ 0	$ 304.800
SUBTOTALES:										**$ 304.800**	**$ 0**	**$ 304.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 238.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.200	$ 0	$ 0	$ 238.200
SUBTOTALES:													**$ 238.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 238.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 46.500	$ 46.500	$ 0	$ 0	$ 46.500
SUBTOTALES:									**$ 46.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 46.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 11.500	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:			**$ 11.500**	**$ 0**	**$ 11.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																								PENSIÓN									SALUD							ARP												
																											FSP		APORTES VOLUNTARIOS																		CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1031147085	ALMANZA GARZON ALLISON KATHERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.904.842				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.904.842	$ 304.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.800	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.904.842	$ 238.200	$ 0	$ 238.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.904.842	103114708	$ 46.500	30	$ 1.904.842	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 601.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR	TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7990963961**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1922288921

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 304.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 304.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 238.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 238.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 11.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 46.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 46.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 601.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 601.000**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031147085
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALLISON KATHERINE ALMANZA GARZON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 19 A N° 51 - 25 SUR	TELÉFONO:	2792026
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de impresión.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7996354657**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		1			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/11/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1954052805

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7990963961	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/11/12

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 5.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 5.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600669427	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 3.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 3.900**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600073361	CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	$ 300
		SUBTOTAL:	1	**$ 300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 800
		SUBTOTAL:	1	**$ 800**

VALOR SIN MORA:	**$ 9.700**
VALOR MORA:	**$ 400**
TOTAL PAGADO:	**$ 10.100**

Planilla 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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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 OCTUBRE 2025 CTO 6963-2025.pdf	CUENTA OCTUBRE 2025 CTO 6963-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >