aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 43461661		CASIBANAY CASTRO ANA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 28 SUR n 68 C 25	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9232590	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	497988821	9507970180	I	2026/07/15	2026/07/21	BANCO DAVIVIENDA	6	$544,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800
1	CC	43461661	CASIBANAY ANA																	25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,300	$0	$281,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$200	$0	$42,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$200	$0	$42,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$1,000	$0	$219,900
TOTAL				**1**	**$541,800**	**$2,500**	**$0**	**$544,300**

ARL

Medellin, 27 de julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

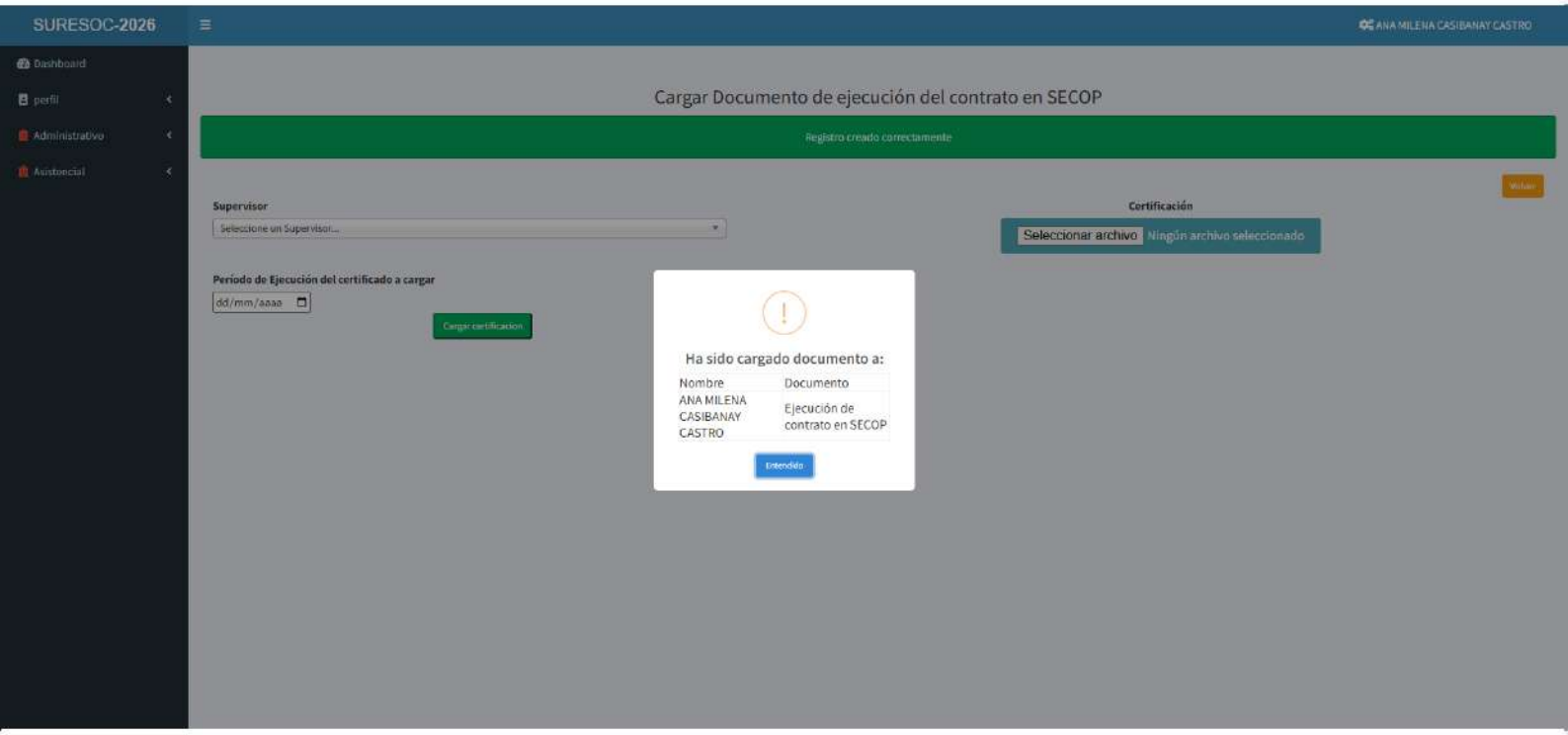
Que **ANA MILENA CASIBANAY CASTRO** con documento de identidad **C43461661**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA


SURESOC-2026
ANA MILENA CASIBANAY CASTRO
Dashboard
perfil
Administrativo
Asistencial
Cargar Documento de ejecución del contrato en SECOP
Registro creado correctamente
Supervisor
Seleccione un Supervisor...
Certificación
Seleccionar archivo
Ningún archivo seleccionado
Periodo de Ejecución del certificado a cargar
dd/mm/aaaa
Cargar certificacion
Ha sido cargado documento a:
Nombre
Documento
ANA MILENA CASIBANAY CASTRO
Ejecución de contrato en SECOP
Entendido

6:12 S • 5G
e.almeraim.com/sur 27

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ASEGÚRATE FUGA JUNIO 2026

FECHA

2026-07-28 (Hoy)

SELECCIONAR

PRE TEST

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Ana Milena

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

43461661

UNIDAD

Hospital Occidente de Kennedy

SERVICIO

10:59

Asistencia y Postest - EAC Rehabilitación Urgencias y Hospitalización Julio

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.
Formato para registrar el po
Encuentro de Aprendizaje C
Subred Sur Occidente.



Cuando envíe este formulario, no
sus detalles, como el nombre y la
electrónico, a menos que lo propo

* Obligatorio

Datos del Participante

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo *

8/7/2026

2. Tipo de Vinculación *

orms.cloud.microsoft



Asistencia y Postest - EAC Rehabilitación Urgencias y Hospitalización Julio

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.
Formato para registrar el po
Encuentro de Aprendizaje C
Subred Sur Occidente.

Puntos: 100/100

Datos del Participante

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo *

8/7/2026

2. Tipo de Vinculación *

orms.cloud.microsoft

8878e4a9-2f66-43d9-a6c9-f29fd170aabf

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

ANA MILENA Casibanay

ha participado y aprobado el:

Curso básico de prevención y control de infecciones multirresistentes en el hospital

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 90,00 %

2 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=8878e4a9-2f66-43d9-a6c9-f29fd170aabf

DOCUMENTO EQUIVALENTE

LASUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

CC:43.461.661SONSONANTIOQUIA
DEBE A: ANA MILENA CASIBANAY CASTRO

LASUMA 5.736.150Cinco **millones setecientos treinta y seis mil cientos cincuenta PESOS M*/C*** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTEE.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como TERAPEUTA RESPIRATORIA en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de UCI 2 De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de julio DEL 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios *SERVICIO N°* 349-2026.

ANA MILENA CASIBANAY CASTRO

CC: 43.461.661

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO: 500090501