# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-02-17, 02:54:39 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1035212394

**Periodo Cotización:** enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8821290800

## PAGADO 17/02/2021

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANGIE NATALY DURAN SANCHEZ | | |
| **Documento** | CC1023016086 | **Dirección** | CL 95 B14 J 24 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3209431420 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### 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 1023016086 | ANGIE NATALY DURAN SANCHEZ | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 908.526 | $ 145.400 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 908.526 | $ 113.600 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 908.526 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 259.000 | $ 0 | $ 259.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - 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.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6 |
|---|---|

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 01 feb 21 | Hasta: | 28 feb 21 | | | |
| Nombre del Contratista: | ANGIE NATALY DURAN SANCHEZ | | Cédula: | 1023016086 | | | |
| Correo Electrónico: | A1023NATY@GMAIL.COM | | Telefono(s): | 3209431420 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | KARLO ROBERTO REYES BARRERA | | Cargo: | PROFECIONAL ESPECIALIZADO | Codigo Grado | 14 | 2 |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Codigo Grado | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | | | Perfil | | No. CTO | | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 001458 | Año Contrato | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 77 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | URGENCIAS | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | ATENCIÓN DOMICILIARIA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) FRENTE A LA UNIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| DIRECCION DE AMBULATORIOS | Ocultar | | | | | | | |
| DIRECCION DE URGENCIAS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| HOSP. ATENCION DOMICILIARIA USS TUNAL | | TUNAL | 118TN | 180 | 12 | $ 9.400 | $ 1.804.800 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| UCI PEDIATRICA | Mostrar | | | | | | | |
| UCI NEONATAL | Mostrar | | | | | | | |
| UCI ADULTOS | Mostrar | | | | | | | |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| CONVENIO APH | Mostrar | | | | | | | |
| SIRC | | | | | | | $ - | 0,00% |
| RURALIDAD | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| GESTION DEL RIESGO | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Mostrar | | | | | | | |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1.804.800 | UN MILLON OCHOCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/02/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/04/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. PRORROGA | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
| | | | | | | 1 | | |
| | | | | | | 2 | FEBRERO | $ 1.804.800 |
| | | | | | | 3 | | |
| | | | | | | 4 | | |
| | | | | | | 5 | | |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 6.768.000 | $ 6.768.000 | $ 1.804.800 | $ 4.963.200 |

## EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Prestar servicios de perfil (auxiliar de enfermeria) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. NIT 900.958.564-9 CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS CON PERSONA NATURAL CO-OPS-FT-04 V4 4 articulo 83 ley 1174 de 2011 5 numeral 1 del literal A) del Articulo 2 de la ley 1562 de 2012, Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes. | Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clinica eléctrica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados. | Historia clinica, formatos de papeleria y registros de Dinamica. |
| 2 | Realizar actividades de información, educación, comunicación, encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria | Promover dentro de los centros de servicio de salud pertenecientes a la Subred Sur, el programa de atención medica domiciliaria, brindando charlas educativas a nivel individual, familiar y comunitario, tanto a los usuarios como al personal perteneciente a la entidad, con el fin de educar y promover el servicio. | Historia clinica, formatos de papeleria y registros de Dinamica. |
| 3 | Registrar en la historia clínica la información de la intervenciòn al paciente, plan de cuidados de enfermeria, simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con integralidad, secuencialidad, racionalidad cientifica (lógica, clara, completa) y demàs criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya), e informar de forma oportuna a la enfermera y/o médico del servicio, los cambios en el estado o evolución del paciente. | Recibo y entrega de turno, revisión de la historia clinica eléctrica, registro de actividades de cada uno de los pacientes asignados. | Historia clinica, formatos de papeleria y registros de Dinamica. |

Escaneado con CamScanner

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermería y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | Generar el adecuado diligenciamiento de la documentación establecida dentro del protocolo de servicio como: notas de enfermería, registro de signos vitales, administración de medicamentos, procedimientos realizados, tanto en documentos físicos como en herramientas de digitalización de la información en el sistema. | Historia clínica, formatos de papelería y ... Dinamica. |
| 5 | Apoyar el proceso de alta temprana, fortaleciendo conocimientos del paciente y la familia en la promoción de hábitos saludables, autocuidado y cuidados específicos de acuerdo a tratamiento y recomendaciones médicas, dejando registro escrito en la historia clínica y /o documentos destinados por la institución. | Entregar y explicar a cada paciente y sus familiares información acerca de su tratamiento: como su funcionalidad, cómo y cuando debe ser administrado, los cuidados generales e información de nutrición entre otros, para asegurar el ebido manejo de sus patologías. | Historia clínica, formatos de papelería y regi... Dinamica. |
| 6 | Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | Mantenerse actualizado en cuanto a cursos y capacitaciones relacionadas con la labor, para garantizar una adecuada prestación del servicio. | Plataforma MAO |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 1.5 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 1 | 2021 | 02 | 17 | 1035212394 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS

| ITEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe s... un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PROTECCION | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 1... |
| SALUD | | FAMISANAR | | $ 113.600 | $ 1... |
| ARL | 4 | SURA | | $ - | |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 259.000 | $ 2... |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 55048841... |
|---|---|---|---|---|---|

ANGIE N. DURAN S.

ANGIE NATALY DURAN SANCHEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.023.016.086
CC. NO. CONTRATISTA

CARLO ROBERTO REYES BARRERA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFECIONAL ESPECIALIZADO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0



Escaneado con CamScanner