



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-06-23, 04:33:54 AM Tipo Planilla 1 Número Planilla 1037382759 Referencia pago(PIN) 8837687890
Período Cotización 202104 Período Servicio 202104
Cliente:

PAGADA 2021-05-14

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAROLINA INFANTE MEDINA				
Documento	CC 52935667	Dirección	cale 72 A N° 78 D - 32		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7753893		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52935667	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57 00				INFANTE MEDINA CAROLINA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																Categoría	Tipo salario	Salario	Pensión					Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16				Código AFP	Código Tipo AFP	Tarifa AFP	BC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tipo EPS	Tarifa EPS	BC EPS	Aporte Salud	Aporte EPS	Código ARL	Código Tipo Riesgo	Tarifa ARL	BC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	BC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA
																			70%	\$ 900.000	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	EP2000		10,0 %	\$ 900.000	\$ 113.600	\$ 0	10-11	0	4,000 %	\$ 360.000	\$ 12.200	101-01	0%	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	0%	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 145,400	\$ 0	\$ 0	\$ 113,600	\$ 22,200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-PT-11 V8				
DATOS DEL INFORME								
Período a Certificar:	Desde:	01-may-21	Hasta:	31-may-21				
Nombre del Contratista:	Carolina Infante Medina	Cédula:	12315687					
Correo Electrónico:	carolinainfante19@hotmail.com	Identificación:	12315687					
Nombre del Supervisor - Cliente:	Marta Yadira Torres Rodríguez	Código:	PROFESIONAL GESTION ADMS	Código Gráfico:	0012-2021			
Apellido Técnico a la Supervisión - Cliente:		Perfil:	PROFESIONAL GESTION ADMS	Nº. CTO:				
Apellido Técnico a la Supervisión - Contratista:		Perfil:		Código Gráfico:				
DATOS DEL CONTRATO								
NO CONTRATO:	000171	Año Contrato:	2021	C.B.P. CONTRATO INICIAL:	72			
PERFIL:	ACTIVIDADES DE SUPERVISIÓN							
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS							
UNIDAD DE SERVICIOS:	MISIÓN							
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS								
SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT. HORAS ESTÁNDAR	CANT. HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS	
DIRECCIÓN DE AMBULATORIOS	Monitor							
DIRECCIÓN DE URGENCIAS	Monitor							
DIRECCIÓN DE HOSPITALARIOS	Monitor							
UCI PEDIÁTRICA	Monitor							
UCI NEONATAL	Monitor							
UCI NEONATAL - UDS MISIÓN	Monitor							
			192		\$ 9.400	\$ 1.804.800	100,00%	
						\$ -	0,00%	
						\$ -	0,00%	
UCI ADULTOS	Monitor							
DIRECCIÓN COMPLEMENTARIOS	Monitor							
CONVENIO APH	Monitor							
SRIC	Monitor							
RURALIDAD	Monitor					\$ -	0,00%	
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Monitor							
GESTIÓN DEL RIESGO	Monitor							
SALUD PÚBLICA PIC	Monitor							
CONTRATOS	Monitor							
REMUNERACIÓN	Monitor							
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$	1.804.800	UN MILLÓN OCHOCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS PESOS					
Ejecución Presupuestal del Contrato								
FECHA INICIO CONTRATO	1/02/2021			FECHA TERMINACIÓN CONTRATO INICIAL	30/04/2021			
Nº. PROROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACIÓN	Nº. ADICIÓN	VALOR ADICIÓN	CDP	Nº. CUENTA MÓN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	
1	2021-05-01	2021-05-30	1	\$ 4.200.000	000	1	Febrero	
						2	Marzo	
						3	Abril	
						4	Mayo	
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 5.414.400		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 9.644.400		PAGOS REALIZADOS	\$ 6.768.000	
						SALDO DEL CONTRATO	\$ 2.876.400	
Ejecución de Actividades Frente a las Obligaciones Durante el Período Reportado								
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)				ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN				
PRESTAR SERVICIOS DE PERI. AUXILIAR DE ENFERMERÍA ACORDE CON LA LEX, ATENCIÓN NECESARIA DE LA SUB RED SUR E.S.E. DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, SUSSE, SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD (OGAC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES				CUMPLIR CON EL OBJETO DEL CONTRATO EN COORDINACIÓN CON EL SUPERVISOR ACORDE A LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS DE LA SUB RED SUR				
REGLAR ACTIVIDADES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN, COMUNICACIÓN ENCAMINADAS A PROMOVER Y PREVENIR LA ENFERMEDAD Y EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIO				BRINDAR INFORMACIÓN A LOS USUARIOS ACERCA NORMAS DE INCURSIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.				
REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LA INFORMACIÓN DE LA INTERVENCIÓN AL PACIENTE, PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, MANEJO DE EMERGENCIAS, PLAN DE SEGUIMIENTO, CON INTEGRIDAD, SECUENCIALIDAD, RACIONALIDAD CIENTÍFICA, EVIDENCIA, CLARIDAD Y COMPLETAR DEMAS DATOS				REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A LOS USUARIOS DE MANERA OPORTUNA Y VERAZ				
QUE DEBE EL MANEJO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O ENTES COMPETENTES QUE REGULAR LA MATERIA, DESARROLLAR, MONITOREAR, EVALUAR Y REVISAR LA INFORMACIÓN Y RECOMENDAR DE FORMA OPORTUNA A LA ENFERMERÍA Y/O MEDICO DEL SERVICIO LOS CAMBIOS EN EL ESTADO O EVOLUCIÓN DEL PACIENTE				PARTICIPAR EN LA CAPACITACIÓN DE PROTOCOLOS GHS Y DE RIESGO Y FOMENTAR DE PROTOCOLOS				
APOYAR LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUÍAS, PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN Y ADECUARLOS A LOS MECANISMOS, INCLUIDO EL PLANEAMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS INDICADOS, CORRESPONDIENTES A LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA				CONTINUAR ACTUANDO EN EL PROCESO DE ASesoración SEGURA PARA ASISTIR LA RECUPERACIÓN DE LOS USUARIOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN				
APOYAR EL PROCESO DEL ACTO TRANSFERENCIAL, ORIENTADO AL COMPROBAMIENTO DEL AVANCE Y LA CALIDAD DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS, AUTOCUIDADO Y CUIDADOS COMPLEJOS DE ACUERDO A TRATAMIENTO Y RECOMENDACIONES MEDICAS DEBANDO REGISTRO ESCRITO EN LA HISTORIA CLÍNICA Y/O DOCUMENTOS DESTINADOS POR LA INSTITUCIÓN.				HISTORIA CLÍNICA				

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E		INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-PT-11 V8	
OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES				LAS ESTABLECIDAS POR LA INSTITUCIÓN	
INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL	FECHA DE PAGO	NÚMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	\$ 1.692.000	
AÑO MES	AÑO MES DIA				
2021 4	2021 05 14	103782790			
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLÓN SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS					
ITEM	ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	IMPORTE BASE DE COTIZACIÓN	VALOR MÍNIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Cada 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un salario	
PRESENCIADO	NO	908.526	\$ 145.400	\$ 145.400	
SALUD	COMPLEMENTAR		\$ 113.600	\$ 113.600	
ARL	SI		\$ 22.100	\$ 22.100	
CAJA DE COMPENSACIÓN	NO		\$ 281.100	\$ 281.100	
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TÍPO CUENTA:	ANALISIS:	NRO CUENTA:	055891582-00
Carolina Infante Medina		Marta Yadira Torres Rodríguez			
CONTRATISTA		SUPERVISOR			
C.C. NO. CONTRATISTA		PROFESIONAL GESTION ADMINISTRATIVO EN SALUD			
NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN					
2021-05-12					