compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 51972030 | JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL | calle 53 a sur # 29 - 86 | 6012704259 | judgam01@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2022-09 | 2022-09 | I | 14/10/2022 | 62557794 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $528.200 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 212.500 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 900 | 0 | 213.400 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 272.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1.100 | 0 | 273.100 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 41.500 | | | | 41.500 | 4 | 200 | 41.700 | | | 415 | 41.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 212.500 | 213.400 |
| Pensión | 1 | 272.000 | 273.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 41.500 | 41.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 526.000 | 528.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



## DATOS DEL APORTANTE

| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 51972030 | JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL | | calle 53 a sur # 29 - 86 | 6012704259 | judgam01@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

## DATOS DE LA PLANILLA

| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ABOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2022-09 | 2022-09 | I | 14/10/2022 | 62557794 | $528,200 | |

## POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ción | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | IRG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 30 | GAMEZ VILLAMIL JUDY YAMILE | 59 | 0 | | | N | | | | | | | X | | | | | | | | | | 25-14 | 1.700.000 | 272.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS009 | 1.700.000 | 212.500 | 14-11 | 1.700.000 | 3 | 41.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Modificaciones del Contrato

Incumplimientos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? No Sí

| 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 DE COBRO ENERO- CONTRATO #4232-2022 | JUDY GAMEZ 01 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO FEBRERO- CONTRATO #4232-2022.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO- CONTRATO #4232-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARZO- CONTRATO #4232-2022.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO- CONTRATO #4232-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL- CONTRATO #4232-2022.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL- CONTRATO #4232-2022.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO-CONTRATO # 4232-2022.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO-CONTRATO # 4232-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JUNIO-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JULIO-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO AGOSTO-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO septiembre-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf.pdf.pdf | CUENTA DE COBRO septiembre-CONTRATO # 4232-2022.pdf.pdf.pdf.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

**ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN**

## ENCUESTA CULTURA DE HUMANIZACIÓN

Se registró la información con éxito

Aceptar

# Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA DE PERCEPCION PARA

ENCUESTA DE PERCEPCION PARA COLABORADORES ESTRATEGIA MULTIMODAL DE HIGIENE DE MANOS

Se registró la información con éxito

Aceptar

| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2022-10-01 | **Hasta:** | 2022-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL | | **Número de Documento:** | 51972030 | |
| **Correo Electrónico:** | judgam01@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3165212093 | |
| **Nombre del Supervisor:** | YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD | **Código - Grado:** | 242-30 |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 4232-2022 | **Año Contrato:** | 2022 | **CDP Contrato Inicial:** | 467 |
| **Perfil:** | ENFERMERO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS VISTA HERMOSA | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| B01VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 60 | 0 | 18100 | $1086000 | 31.3% |
| B02VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 60 | 0 | 18100 | $1086000 | 31.3% |
| B03VB | DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS | USS VISTA HERMOSA | 60 | 0 | 18100 | $1086000 | 31.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 3258000** | **TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2022-02-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-12-31 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 3149400 | |

| EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | MARZO | $ 4126800 |
| 3 | ABRIL | $ 4778400 |
| 4 | MAYO | $ 3692400 |
| 5 | JUNIO | $ 1303200 |
| 6 | JULIO | $ 1520400 |
| 7 | AGOSTO | $ 3583800 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 4235400 |
| 9 | OCTUBRE | $ 3258000 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 79929600** | **$ 79929600** | **$ 29647800** | **$ 50281800** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de acuerdo al perfil (Enfermera(o)) acorde con la Lex Artis, segùn necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demàs normas concordantes | -Cumplir con los turnos programados , realizando actividades de cuidado y plan de cuidado de acuerdo a la patología del paciente encaminados a la recuperación de la salud. | -HISTORIA CLINICA |
| 2 | .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. | -Brindar educación sobre actividades de cuidado con plan de acuerdo a la patología del paciente, informar acerca de la importancia de l autocuidado, toma de medicación ordenada y controles para hacer seguimiento a su evolución, generando conciencia de la importancia como individuo que hace parte de un entorno social y familiar. | -HISTORIA CLINICA |
| 3 | 3). Registrar en la Historia Clìnica toda la informaciòn del acto paramèdico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (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). | Ejecutar tratamiento incluyendo administración de medicamentos por las diferentes vías, de acuerdo a la necesidad de cada individuo, venopunciones, curaciones, toma de muestras de laboratorios según normas y protocolos establecidos, registrando dentro de la plataforma de dinámica de forma oportuna. Llenar en físico los soportes de consentimientos informados , Kardex , fichas de medicamentos, y posterior ubicación en las carpetas para archivos médicos. | LISTAS DE CHEQUEO, HISTORIAS CLINICAS . CONSENTIMIENTOS |


***© Siasur - 2022***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 4 | 4). Apoyar la elaboraciòn, actualizaciòn de formatos, protocolos, guìas, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Llenar de forma oportuna los inventarios, consentimientos, disentimientos, | -LISTAS DE CHEQUEO |
| 5 | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución. | -Administrar de forma oportuna los medicamentos teniendo en cuenta los 11 correctos, con sus respectivos registros. | -HISTORIA CLINICA |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. | -Desde su ingreso a la institución identificar riesgos de caída, riesgo de lesión, fuga, alergias para identificar con la respectiva manilla, brindando educación al individuo y familia acerca da la importancia del acompañamiento en caso de requerirlo. Identificar población de riesgo para hacer seguimiento. | -HISTORIA CLINICA , USO DE MANILLAS |
| 7 | 7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya. | -Realizar trabajo en conjunto con diferentes areas , para dar de manera integral el manejo según al necesidad del paciente | -HISTORIA CLINICA |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales | -Correcto diligenciamiento diario de planillas e inventario mensual de carro de paro, haciendo respectivas actas para que de forma oportuna se repongan insumos que no se encuentren disponibles dentro de la unidad. | -ACTAS LISTAS DE CHEQUEO LISTAS DE INVENTARIOS |
| 9 | 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya. | -Supervisión constate de personal asignado al área , teniendo en cuenta las funciones asignadas. | -LISTA DE CHEQUEO DE DESINFECCIONES FIRMA DE FORMATOS REPORTE DE PERSONAL |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Verificar existencias de insumos para que se brinde una atención adecuada y de calidad al usuario y su familia. Comunicación efectiva con el área de farmacia con el fin de revisar existencias de acuerdo al nivel de complejidad de la unidad | -PEDIDOS SEMANALES |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 4235400 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 62557794 | | |
| 2022 | SEPTIEMBRE | 2022 | 10 | 14 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS PESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1694160 | $ 271066 | $ 273100 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 211770 | $ 213400 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 41270 | $ 41700 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 491680** | **$ 528200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO CORPBANCA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 18072102 |
|---|---|---|---|---|---|

**JUDY YAMILE GAMEZ VILLAMIL**
**51972030**

**YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO AREA SALUD**