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	1018429743	YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO	TRANV 42 4 A 31	2313131	pao_acosta04@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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
2023-09	2023-09	I	06/10/2023	71219446	TOTAL A PAGAR	
					$399.300	

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	151.500	0		0		0	0	0	0	151.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	193.900	0	0	0	0	0	0		193.900	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	29.600				29.600	0	0	29.600			296	29.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.300	0	0	24.300	1

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	151.500	151.500
Pensión	1	193.900	193.900
Riesgos Laborales	1	29.600	29.600
CCF	1	24.300	24.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	399.300	399.300

PAGADA

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

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO

CC. 1.018.429.743 DE BOGOTÁ D.C.

La suma de: Dos millones cuatrocientos noventa y tres mil novecientos once pesos m/cte $2,493,911 por concepto de : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Atención Pre Hospitalaria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de 2023, en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6450-2022

Yuli Paola Acosta Atencio

CC. 1.018.429.743 DE BOGOTÁ D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570108522

Powered by CamScanner

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018429743	
CORREO ELECTRONICO:	pao_acosta04@hotmail.com				CELULAR:	3105787820	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PATIO BONITO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11G01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570108522				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	6450			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	1336	FECHA	2023-06-07 09:38:50.000	NÚMERO DE CRP	26839	FECHA	2023-06-09 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE FARMACIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-10-01		2023-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,493,911				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$54,874,477
VALOR EJECUTADO	$54,874,477
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,493,911
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
71219446	$1,211,570	$151,446	$193,851	3	$29,514	$374,811

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Powered by CamScanner

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.	Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.	Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.
2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue	Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue	Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue
3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.	Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.	Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.
4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.	Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.	Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.
5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
6) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.
7) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.
8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
10) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ
52837358
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Powered by CamScanner

Cuenta No. 142993

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUEN
YULY PAOLA ACOSTA ATENCIO	1018429743	pao_acosta04@hotmail.com	3105787820	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	570108522

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2023-10-01 / 2023-10-31	MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ	6450 1336 / 26839	• KE11G01 - 100 %	• EQUIVALENTE-1018429743-20231022061702 - EQUIVALENTE FACTURA YULI ACOSTA.pdf	71219446	• PLANILLA-1018429743-20231051118 - PLANILLA SEPTIEMBRE YULY ACOST_1.pd

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓ
$54,874,477	$54,874,477	$2,493,911		$0	100%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
16867340	1) Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.	• Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.	• Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.
16867341	2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue	• Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue	• Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue
16867342	3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.	• Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.	• Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.
16867343	4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.	• Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.	• Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.
16867344	5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	• Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	• Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
		• Apoyar el cumplimiento de	• Apoyar el cumplimiento de

Powered by CamScanner

Cuenta No. 142993

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
16867340	1) Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.	• Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.	• Apoyar la dispensación de medicamentos e insumos.
16867341	2) Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue	• Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue	• Registrar de manera oportuna y adecuada en el sistema de información la totalidad de los medicamentos e insumos entregados para su respectivo descargue
16867342	3) Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.	• Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.	• Apoyar en la gestión y conservación de los medicamentos e insumos según el procedimiento establecido.
16867343	4) Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.	• Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.	• Apoyar las condiciones de aseo y adecuado almacenamiento de los medicamentos e insumos.
16867344	5) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	• Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	• Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
16867345	6) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	• Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	• Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de l Calidad según requerimientos de la Subre
16867346	7) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	• Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	• Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor de contrato para que este certifique el cumplimiento.
16867347	8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	• Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas.	• Responder por los element entregados para el desempeño de las actividades asignadas.
16867348	9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• Participar en las jornadas de capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• Participar en las jornadas d capacitación, inducción, mesas de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.
16867349	10) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	• Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	• Notificar las fallas de calida que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definid para el servicio.

CERRAR VENTANA

Powered by CamScanner