aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010011211		BERNAL ARIZA BRANDOM STIFF	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 78c 80 85 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4647607	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	329603914	9459115204	I	2023/12/05	2023/12/11	BANCO CAJA SOCIAL	6	$384,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	1010011211 BERNAL BRANDOM	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010011211		BERNAL ARIZA BRANDOM STIFF	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	crr 78c 80 85 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4647607	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	329603914	9459115204	I	2023/12/05	2023/12/11	BANCO CAJA SOCIAL	6	$384,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$1,100	$0	$186,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$200	$0	$28,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$200	$0	$28,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$200	$0	$23,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$200	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$900	$0	$145,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$900	$0	$145,900
TOTAL				1	$382,100	$2,400	$0	$384,500

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1010011211	BERNAL	ARIZA	BRANDOM	STIFF	2023-10	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1010011211	BERNAL	ARIZA	BRANDOM	STIFF	2021-02	FAMISANAR E.P.S.	BENEFICIARIO

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
FAMISANAR E.P.S.	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2021	16	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2021	2	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
FAMISANAR E.P.S.	05/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2021	28	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	02/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2021	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	02/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2020	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2019	0	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	09/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	02/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2019	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	11/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	10/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
FAMISANAR E.P.S.	09/2018	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BRANDOM STIFF BERNAL ARIZA

C.C 1010011211 DE BOGOTA

La suma de 2376270 (Dos millones trecientos setenta y seis mil doscientos setenta pesos) M/CTE por concepto de: Prestación de servicios como trascriptor; en la Unidad de Kennedy durante el periodo de 1 al 31 de DICIEMBRE del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1527-2023.



C.C 1010011211 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO: 24108354018

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Brandom Stiff Bernal Ariza						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010011211	
CORREO ELECTRONICO:	bsbernal@ucompensar.edu.co				CELULAR:	3196366107	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	IMAGENOLOGIA NO RADIOLOGICA OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10L04	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24108354018				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1527			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	2932	FECHA	2023-11-29 16:40:51.000	NÚMERO DE CRP	63571	FECHA	2023-11-30 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TRANSCRIPTOR						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2023-11-01	HASTA	FECHA FINAL 2023-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,531,374				
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:	$21,544,848
VALOR EJECUTADO	$19,855,056
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,531,374
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,689,792
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	92%

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
9457774973	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
52791537
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

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
Recibe dictado del medico especialista durante la realizacion de la ecografia para GARANTIZAR la entrega de resultado inmediato a los pacientes.	Recibir las ordnes medicas y el dictado del especialista, . Transcribir las ecografia en Exel y Word. . Cargar los informes de las ecografias en el aplicativo Dinamica. . Entregar los informes de las ecografias transcritas a los pacientes en el menor tiempo posible.	Informe de las ecografias en el aplicativo Dinamica.Informe de las ecografias entregadas al paciente
Mantener actualizado el archivo de la dependencia conforme con la normatividad vigente y los procedimientos de la Subred.	Tener organizadas en los archivos del computador las ecogrfias por fechas ,nombres y documentos de los pacientes. . Dar cumplimientio a las citas de ecografias de consulta externa.	Archivos en el computador (Word y Exel). . Aplicativo Dinamica.
Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.	Busqueda y entrega de resultados de ecogrfias ginecologicas que sean solicitadas por el supervisor.	Informes
Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área	Solicitar los suministros de papaleria y otros insumos que se requieran para el cumplimiento de mis actividades.	Solicitud de requerimiento
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplir con los procedimientos establecidos por la subred como verificacion de los datos personales del paciente al momento de la busqueda y entrega de resultados.	Cumplir con los procedimientos establecidos por la subred como verificacion de los datos personales del paciente al momento de la busqueda y entrega de resultados
Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	Informar a mi supervisor cuando se presente inconvenientes y dificultades durante la atencion en cuanto a resultado que no aparezcan en el sistema,estudios duolicados,citas extras.	Informes
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Dar un adecuadop uso de los elementos depenmdiente de cada actividad.	Inventario
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir a las capacitaciones,reuniones yneventos programados por la Subred.	Formato de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplir con los procedimientos establecidos por la Subred,como verificacion de los datos personales del paciente al momento de la busqueda y entrega de resultados.	Informes
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registrar en el aplicativo Dinamica los resultados de las ecografias y dar cumplimientio a las citas.	Aplicativo dinamica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregar el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social	Planilla de Pago
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Cumplir con las demas actividades que me sean asignadas por mi supervisor y esten relacionadas con el objeto de mi contrato.	informes

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

KARIN ANDREA MONCADA BELTRAN
52791537
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