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	[illegible]	DANETH PAOLA LLANOS TORRES		CL 80 A 17 A 14 SUR	[illegible]	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 - 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	GPO.
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-11	2019-11	1	11/12/2019	[illegible]	$384.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE																				INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				SAT			PARAFISCALES				
Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Tipo	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Aprendiz	Pensionado	Actividad alto riesgo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Variación salario	Variación IBC	Días	Variación días	Variación IBC	Variación días cotizados	Variación IBC	Variación días cotizados	Variación IBC	Variación días cotizados	Variación IBC	Variación días cotizados	Variación IBC	Variación días cotizados	Variación IBC	Cód. AFP	IBC AFP	Cotizante	Porcentaje Adicional	Porcentaje Aportes	Cuenta adicional de solidaridad	Cuenta adicional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotizante	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotizante	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte ICBF	Aporte SENA	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	[illegible]	LLANOS TORRES DANETH PAOLA	01	0																																																																	

PAGADA

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

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO		
CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	[illegible]			[illegible]	[illegible]		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APO
					[illegible]	[illegible]
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

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					
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Sanción Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ICBF				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ESAP				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
MEN				
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor aviso de IGE, LMA, IDP y Mora	Total a Pagar
Salud	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Pensión	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Riesgos Laborales	[illegible]	[illegible]	[illegible]
CCF	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ESAP	[illegible]	[illegible]	[illegible]
ICBF	[illegible]	[illegible]	[illegible]
SENA	[illegible]	[illegible]	[illegible]
TOTALES	[illegible]	[illegible]	[illegible]

PAGADA
93408660

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

Scanned by CamScanner

192 11

Empresa Social del Estado
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
APOYO A LA GESTIÓN DE PROCESOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-FO-47-814
VERSIÓN: 06
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 59 2019 2019 | C.D.P. No.: 279 | Proceso al que pertenece: URGENCIAS
Unidad a la que pertenece: USS JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista: GINETH PAOLA LLANOS TORRES | C.C.: 1.031.636.137 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-01 | Fecha Terminación inicial: 2019-07-31 | Valor Mensual: $ 3.090.432 | Valor a cobrar: $ 3.090.432

ADICIÓN/OTROSÍ	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.803.200	1001	2019-06-24	2019-07-24
2	$ 4.335.600	1196	2019-07-25	2019-08-24
3	$ 2.334.528	1304	2019-08-08	2019-11-24
4	$ 3.897.360	1512	2019-12-03	2019-12-31
5	$ 3.897.360	1512	2020-01-01	2020-01-31
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº EVA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	FEBRERO-19	$ 3.760.000	$ 451.200	32970267
2	MARZO-19	$ 3.784.000	$ 467.200	33502870
3	ABRIL-19	$ 3.088.800	$ 463.320	34230582
4	MAYO-19	$ 3.808.000	$ 380.160	34967192
5	JUNIO-19	$ 3.808.000	$ 548.352	35703703
6	JULIO-19	$ 2.995.200	$ 527.800	33437864
7	AGOSTO-19	$ 3.897.360	$ 571.130	33502035-37512802
8	SEPTIEMBRE-19	$ 3.897.360	$ 584.592	37520302
9	OCTUBRE-19	$ 3.897.360	$ 584.400	38040263
10	NOVIEMBRE-19	$ 3.897.360	$ 772.800	38795215
11	DICIEMBRE-19	$ 3.090.432	$ 580.200	39585860
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Numero de contratos

VALOR FISCAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 17.971.200	$ 34.060.704	$ 33.867.552	$ 193.152

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL, EN CONDICION DE ENFERMERO (A) JEFE PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN LOS PROCESOS DE GESTION HOSPITALARIA, URGENCIA Y QUIRURGICOS, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2019-12-01 Hasta: 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Corresponden a la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO (Actividades desarrolladas para cada una de las obligaciones)
1	Recibir y entregar el turno de enfermería recibiendo información e informando sobre la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio, del carro de paro, los traslados, ingresos, las actividades, relaciones familia – paciente.	Recibir y entregar el turno de enfermería recibiendo información e informando sobre la evolución clínica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el nivel de existencias de insumos, el inventario del servicio, del carro de paro, los traslados, ingresos, las actividades, relaciones familia – paciente.
2	Formular el plan de cuidado de enfermería a cada paciente de acuerdo con la patología, la evolución y las órdenes médicas.	Formulo el plan de cuidado de enfermería a cada paciente de acuerdo con la patología, la evolución y las órdenes médicas.
3	Distribuir entre las tres auxiliares de enfermería los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.	Distribuí entre las tres auxiliares de enfermería los pacientes y las actividades específicas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con el plan de cuidados de cada paciente.
4	Aplicar los procedimientos propios de enfermería tendientes a promover la recuperación del paciente.	Aplique los procedimientos propios de enfermería tendientes a promover la recuperación del paciente.
5	Revisar la Historia Clínica teniendo en cuenta las órdenes médicas, la evolución y los reportes diagnósticos para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la información.	Revise la Historia Clínica teniendo en cuenta las ordenes medicas, la evolución y los reportes diagnostico para valorar la evolución del paciente y garantizar integralidad en el manejo de la información.
6	Registrar en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del entorno para dejar constancia científica y legal de lo actuado.	Registré en la historia clínica todas las acciones relativas al cuidado del entorno para dejar constancia científica y legal de lo actuado.
7	Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las novedades.	Registré las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de información para consolidar la producción de la unidad y las novedades.
8	Establecer las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente, integrando a los diferentes especialistas médico quirúrgicos.	Establecí las medidas necesarias para brindar una atención con calidad permitiendo dar solución a las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atención al paciente, integrando a los diferentes especialistas médico quirúrgicos.
9	Realizar actividades de educación continuada dirigida a los estudiantes y al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.	Realicé actividades de educación continuada dirigida a los estudiantes y al personal del servicio para el desarrollo y formación del recurso humano en salud.
10	Desarrollar actividades de actualización y discusión de casos tendientes al mejoramiento continuo de la calidad de la atención al paciente.	Desarrollé actividades de actualización y discusión de casos tendientes al mejoramiento continuo de la calidad de la atención al paciente.
11	Realizar análisis de morbi -mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo.	Realicé análisis de morbi -mortalidad y auditoria que promuevan procesos de mejoramiento continuo.
12	Evaluar las necesidades de medicamentos, elementos médico quirúrgicos y demás insumos requeridos para la atención del paciente con el fin de realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia y velar por el uso racional de los mismos.	Evalué las necesidades de medicamentos, elementos médico quirúrgicos y demás insumos requeridos para la atención del paciente con el fin de realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia y velar por el uso racional de los mismos.
13	Socializar y mantener actualizados los procesos y procedimientos para unificar criterios en el desarrollo de las actividades.	Socialicé y mantuve actualizados los procesos y procedimientos para unificar criterios en el desarrollo de las actividades.
14	Promover y realizar investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes.	Promoví y realicé investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes.
15	Portar el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.	Porté el carnet institucional de la SUBRED durante la ejecución de las actividades contractuales.
16	Cumplir la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.	Cumplí la programación de turnos de servicios, realizar el cambio de turno cumpliendo con las directrices establecidas por la entidad, de acuerdo con el objeto del contrato.
17	En caso de presentarse novedades, informar con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.	En caso de presentarse novedades, informé con anticipación dicha situación para la provisión del respectivo reemplazo.
18	Acreditar el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud (deberán comprender salud, pensión y ARL. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Acredité el cumplimiento del pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscal durante la vigencia del contrato, requisito indispensable para generar cada pago a su favor, anexando la planilla de pago del personal vinculado para la ejecución del contrato los aportes al sistema integral de seguridad social en salud (deberán comprender salud, pensión y ARL. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

(Observaciones)

Gineth Llanos
Firma del Contratista

Su nuevo vencimiento de pago a fondo pensión y ARL
En caso de mora aceptan cobro de dicho valor hasta la certificación bancaria con el primero cuatro de enero

C.C. 1.031.636.137 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	CAROLINA TRUJILLO
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	

Scanned by CamScanner