PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52914652
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			DEISY VIVIANA LEON BALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 105 C # 67 26	TELÉFONO:	4349344
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4310736900	TIPO DE PLANILLA:					INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES noviembre	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9997957439

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC.)	1	$ 185,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185,500	$ 0	$ 185,500
SUBTOTALES:										**$ 185,500**	**$ 0**	**$ 185,500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 144,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 144,900	$ 0	$ 0	$ 144,900
SUBTOTALES:													**$ 144,900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 144,900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28,300	$ 28,300	$ 0	$ 0	$ 28,300
SUBTOTALES:									**$ 28,300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28,300**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 7,000	$ 0	$ 7,000
SUBTOTALES:			**$ 7,000**	**$ 0**	**$ 7,000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																					PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52914652	LEON BALLARES DEISY VIVIANA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 1,158,984			NO																		230201-PROTECCION (ING+PROTEC.)	30	$ 1,158,984	$ 185,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185,500	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1,158,984	$ 144,900	$ 0	$ 144,900	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 1,158,984	$ 52914652	$ 28,300	30	$ 1,158,984	CCF24-COMPENSAR	$ 7,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 365.700**

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3350 2019	**C.D.P. No.:**	189	**Proceso al que pertenece:**	PROCESO ASISTENCIAL/ENFERMERIA
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SANTA CLARA

Nombre del Contratista: DEISY VIVIANA LEON BALLARES **C.C.** 52.914.652 **de:** 0

Fecha Inicio: 2019-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-31 **Valor Mensual:** $ 2.897.280 **Valor a cobrar:** $ 2.897.280

ADICIÓN/ OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
SI	$ 1.622.400	1680	2019-07-02	2019-07-31
SI	$ 2.180.064	1755	2019-08-01	30/09/2019
SI	$ 3.863.040	2307	2019-10-01	2019-11-30
SI	$ 3.380.160	2785	30/11/2019	31/12/2019
0				
SI	$ 2.704.128	3174	31/12/2019	31/01/2020
0				
0				
0				
0				
0				
0				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 0	$ 0	0
2	FEBRERO	$ 3.163.200	$ 380.000	191192091 190777041
3	MARZO	$ 3.650.400	$ 451.900	191562537
4	ABRIL	$ 3.556.800	$ 440.300	191943107
5	MAYO	$ 2.932.800	$ 363.000	4280607695
6	JUNIO	$ 2.964.000	$ 366.800	4283700009
7	JULIO	$ 2.808.000	$ 347.600	4289756162
8	AGOSTO	$ 3.766.464	$ 466.300	4294418380 4295607772
9	SEPTIEMBRE	$ 3.283.584	$ 406.400	4300510335
10	OCTUBRE	$ 2.897.280	$ 358.700	4305708833
11	NOVIEMBRE	$ 3.090.432	$ 382.600	4310730619
12	DICIEMBRE	$ 2.897.280	$ 358.700	4310736900

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 17 971 200	$ 35 771 792	$ 35 310 240	$ 411 552

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL APOYO A LA GESTION DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES COMO ENFERMERA

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recibir y Entregar el turno de Enfermeria.	Informar la evolucion clinica, las actividades realizadas y las pendientes, el estado de los equipos, el
2	Formular el plan de cuidado de enfermeriaa cada paciente	De acuerdo con la patologia, la evolucion y las ordenes medicas para definir lo que se debe ejecutar.
3	Distribuir el personal auxiliar de enfermeria.	Distribuir los pacientes y las actividades especificas del servicio que deben desarrollar de acuerdo con
4	Aplicar los procedimientos propios de Enfermeria.	Promover la recuperacion del paciente.
5	Revisar la Historia Clínica.	Tener en cuenta las ordenes medicas, la evolusion y los reportes diagnosticos para valorar la evolucion
6	Registrar en la historia clinica todas las acciones relativas al cuidado del	Dejar constancia cientifica y legal de lo actuado.
7	Registrar las actividades realizadas de acuerdo con el sistema de informacion.	Consolidar la produccion de la unidad y las especialidades.
8	Establecer las medidas necesarias para brindar una atencion con calidad.	Permitir dar solucion a las diferentes dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de atencion al
9	Realizar actividades de educacion continuada dirigida a los estudiantes y el	Para el desarrollo y formacion del recurso humano en salud.
10	Desarrollar actividades de actualizacion y discusion de casos.	Mejoramiento continuo de la calidad de la atencion del paciente.
11	Realizar analisis de morbi-mortalidad y auditoria.	Promover procesos de mejoramiento continuo.
12	Evaluar las necesidades de medicamentos. elementos medico quirurgicos y demas	Realizar los pedidos con oportunidad y suficiencia. velar por el uso racional de los mismos.
13	Socializar y mantener actualizado los procesos y procedimientos.	Unificar criterios en el desarrollo de las actividades.
14	Promover y realizar investigacion.	Conocer y plantear nuevas alternativas de diagnostico y manejo de los pacientes.
15	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional,	Velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad.
16	0	0

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Vivianaleon

Firma del Contratista

C.C. 52.914.652 **de** Bogotá D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	NINI JOHANNA ALVAREZ RIVEROS
CARGO:	ENFERMERA
FIRMA	