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	52912143	YOHANA ANDREA POVEDA FAJARDO	KR 111 A NUM 145 60	3505224481	andreitapo1117@gmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75077498	$694.300	

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	280.500	0		0		0	0	0	0	280.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	359.100	0	0	0	0	0	0		359.100	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	54.700				54.700	0	0	54.700			547	54.700	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	280.500	280.500
Pensión	1	359.100	359.100
Riesgos Laborales	1	54.700	54.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	694.300	694.300

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
CC	52912143	YOHANA ANDREA POVEDA FAJARDO		KR 111 A NUM 145 60	3505224481	andreitapo1117@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75077498	$694.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	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
1	CC	52912143	POVEDA FAJARDO YOHANA ANDREA	59	0			N																	230301	2.243.998	359.100	0	0	0	0	EPS008	2.243.998	280.500	14-11	2.243.998	3	54.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

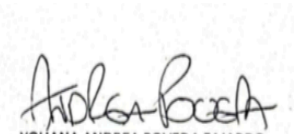
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 02/2024
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YOHANA ANDREA POVEDA FAJARDO
C.C 52912143 DE BOGOTÁ

La suma de $ 5.609.994 (Cinco millones seiscientos nueve mil novecientos noventa y cuatro pesos m/cte.) por concepto de Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud , 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, en el marco del Convenio Interadministrativo No. 0005 de 2023., durante el periodo de 1 al 31 de Marzo del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1100-2024



YOHANA ANDREA POVEDA FAJARDO
C.C 52912143 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTÁ
NÚMERO: 237544457

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

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 SECOP II FEBRERO.pdf	CUENTA DE COBRO SECOP II FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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:	Yohana Andrea Poveda Fajardo						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52912143	
CORREO ELECTRONICO:	andreitapo1117@gmail.com				CELULAR:	3505224481	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S CONV.PROMOCION Y MANTENIMIENTO SISS USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16V07-4	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	237544457				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1100			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	305	FECHA	2024-01-17 17:25:29.000	NÚMERO DE CRP	13491	FECHA	2024-02-01 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-01		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,609,994				
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:	$12,528,987
VALOR EJECUTADO	$5,609,994
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,609,994
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,918,993
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	45%

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
74289863	$2,243,998	$280,500	$359,040	3	$54,664	$694,203

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JORGE WILLSON JUAGIBIOY OTERO
97471998
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 Surcidente

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
Apoyar en la ejecución del convenio, frente a temas de calidad y habilitación si se requiere	APOYO A LAS UNIDADES FRENTE A PROCESO DE HABILITACION DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE VISITAS	ACTAS
Realizar acompañamiento a los profesionales en las unidades de servicio de las Subredes, a fin de fortalecer la adherencia a Guías y registro de formatos de historia clínica, con la respectiva realimentación y entrega de informe del mismo	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO A LOS PROFESIONALES QUE TIENEN DEBILIDADES EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLINICA FERENTE A LAS VALORACIONES INTEGRALES	INFORME MENSUAL
Elaborar formatos establecidos y verificar a través de los mismos, la oferta de los servicios que permitan prestar de manera integral las atenciones incluidas en el rol	ACTUALIZACION DE GUIAS, PROTOCOLOS Y FORMATOS	ACTUALIZACION DE FORMATOS
Alinear las acciones de la ruta con las estrategias existentes al interior de la Subred. en temas relacionados con la humanización y seguridad del paciente	SE ARTICULA CON EL PROGRAMA DE SEGURIDAD AL PACIENTE CON EL FIN DE ASEGURAR EL REGISTRO DE SUCESOS DE ATENCION INTESURA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL CONVENIO.	ACTA DE PARTICIPACIÓN
Contribuir en la realización de los análisis de los indicadores de ruta aportando al análisis del informe y a las acciones planteadas en el plan de mejora	SE REALIZA ENTREGA DE INFORME MENSUAL	INFORME MENSUAL
Realizar acompañamiento al equipo de salud en temas de calidad, historias clínicas, procesos y procedimientos que aporte al mejoramiento de la adherencia a las Guías	SE REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y FORTALECIMIENTO A LOS PROFESIONALES QUE TIENEN DEBILIDADES EN EL REGISTRO DE HISTORIA CLINICA FERENTE A LAS VALORACIONES INTEGRALES	ACTA DE SOCIALIZACION
Apoyar la construcción del plan de fortalecimiento de competencias y habilidades del talento humano con medición de adherencia teniendo en cuenta los resultados de adherencia a la Resolución 3280 de 2018	CAPACITACION DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES DIRIJISTAS POR LA RPMS	INSTRUMENTO DE ADHERENCIA E INFORME MENSUAL
Socialización de avances en reunio es en los espacios definidos de cada Subred	SE PRESENTA A LAS DIFERENTES REUNIONES ORGANIZADAS POR LOS DIFERENTES PROCESOS DE LA SUBRED	REUNIONES PROGRAMADAS VIRTUAL Y PRESENCIAL
Participar en los espacios que se convoquen por parte del nivel central o de la persona líder del convenio	SE PRESENTA A LAS DIFERENTES REUNIONES ORGANIZADAS POR LOS DIFERENTES PROCESOS DE ACUERDO AL DIRECCIONAMIENTO DE LA LIDER DEL CONVENIO	ACTAS DE PARTICIPACIÓN
Ejecutar las acciones programadas por líder de convenio.	SE ASISTE A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS O DIRECCIONADAS POR PARTE DE LA LIDER DEL CONVENIO	ACTAS DE PARTICIPACIÓN

JORGE WILLSON JUAGIBIOY OTERO
97471998
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 Controlada Subred Sur Occidente