# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-04-22, 04:30:20 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 65140469

**Periodo Cotización** 202403 **Periodo Servicio** 202403

## PAGADA 2024-04-22 04:30:20.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FORERO PINEDA JENNY PAOLA | | | | |
| **Documento** | CC 1072192291 | **Dirección** | TV 15 #10 BIS - 09 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3176570725 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | SIBATE | **Departamento** | CUNDINAMARCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1072192291 | | Residente | | Exonerado | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | FORERO PINEDA JENNY PAOLA | 25740000 - 25 | | CUNDINAMARCA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | | 230201 | | 16 % | $2.144.937 | $ 343.200 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $2.144.937 | $ 268.200 | $ 0 | 14-4 | 3 | 2,436 % | $2.144.937 | $ 52.300 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 343.200 | $ 0 | $ 0 | $ 268.200 | $ 52.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 665.500 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JENNYPAOLAFORERO PINEDA

CC 1072192291 DE SIBATE

La suma de Seis millones dieciocho mil ciento sesenta y ocho pesosM/te ($6.018.168), por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS como MÉDICO durante elperiodo de 1 al 30 de abril de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5048-2023.



FORERO PINEDA JENNYPAOLA

CC 1072192291 DE SIBATÉ

CUENTADE AHORROSBANCO BBVA

NUMERO 378342331

| 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: | Jenny Paola Forero Pineda | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1072192291 | |
| CORREO ELECTRONICO: | jennypaforero-6527@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3176570725 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EQUIPO ATENCION EN CASA BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO36K33-5 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 378342331 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5048 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1131 | FECHA | 2024-04-25 16:52:41.000 | NÚMERO DE CRP | 28310 | FECHA | 2024-04-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN MEDICINA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-04-01 | | 2024-04-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $6,018,168 | | | | |
| 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: | $85,951,784 |
| VALOR EJECUTADO | $79,933,616 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,018,168 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,018,168 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 93% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65140469 | $2,144,937 | $268,117 | $343,190 | 3 | $52,251 | $663,558 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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 |
|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, tecnico y/o tecnologo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | Se cumplió con las actividades afines al perfil PROFESIONAL EN MEDICINA en lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente. | Listados de asistencia, actas de reunión y bases de datos generadas, HC en dinámica |
| 2. Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación,canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. | Se desarrollaron acciones de sensibilización y educación a todas las familias vistas en el terreno, casa a casa y conglomerados, además de canalizar a otras EPS y notificar los eventos de interés publica como desnutrición, violencia intrafamiliar, ideación suicida etc. | fichas de notificación de eventos de interés pública. |
| 3. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | Se generó la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas mediante la valoración médica e integral de todas las familias y así mismo la educación y recomendaciones a todas estas. | Planes de cuidado, recomendaciones a las familias, facturación |
| 4. Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred. | "Se asistió a todas las reuniones programadas por la secretaria distrital de salud, grupos focales o por la subred una vez a la semana comités de cuidado. " | Listados de asistencia, actas de reunión y bases de datos generadas. |
| 5. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Se informó a todos los pacientes sus capacidades de autogestión y liderazgo frente a la movilización social por el derecho a la salud | Planes de cuidado, recomendaciones a las familias |
| 6. Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o lider del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención. | Se hizo entrega oportuna de los informes requeridos de acuerdo a la valoración. Casa a casa o conglomerados. | Planes de cuidado, , historias clínicas subidas a dinámica |
| 7. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. | Se tienen los soportes de los productos realizados para auditorías programadas | Planes de cuidado, , historias clínicas subidas a dinámica |
| 8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Se elaboraron cronogramas mensuales de las actividades realizadas durante el desarrollo del proceso y se hizo cumplimiento de los mismos de acuerdo a la meta asignada. | Actas de reuniones, listados de asistencia. |
| "9. Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad segúnprogramación y necesidad del servicio. " | Se informó oportunamente los eventos durante el desarrollo del proceso que pudiera interferir en el cumplimiento de los objetivos establecidos, además de responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Actas de reuniones, actas de reporte de alguna eventualidad. |
| "10. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones. " | Se mantuvo la imagen institucional debido a un porte adecuado del uniforme y chaqueta institucionales | Actas de, actas y listados de etrega de elmentos . |
| 11. Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | " Se ejerció los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de las actividades del contrato " | " Actas de reunión y solicitudes registradas" |
| 12. Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | "Se atendieron las solicitudes y se dieron respuesta oportunamente a las quejas y solicitudes asignadas. " | Actas de reunión y solicitudes registradas |
| 13. Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. | "Se dio un óptimo uso de los equipos y elementos asignados para el cumplimiento de las obligaciones del convenio " | "Equipos y elementos resguardados en las instalaciones de la sede asignada. " |
| 14.Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.. | "Se dio cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio " | Historias clínicas diligencias en digital y subidas al sistema dinámica. |

Copia Controlada Subred Suroriente

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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