# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-06-25, 01:47:27 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1064339826

**Periodo Cotización** 202405 **Periodo Servicio** 202405

## PAGADA 2024-06-11 13:34:16.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHANA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | | | | |
| **Documento** | CC 57140612 | **Dirección** | CL 47C SUR #26 C - 48 AP 305 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3013734167 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 57140612 | | | | | | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | Residente | | Exonerado | N | HERNANDEZ MANJARRES JOHANA PATRICIA | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### 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 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | | | $ 2.544.720 | 230301 | | 16 % | $ 2.544.720 | $ 407.200 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 2.544.720 | $ 318.100 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 2.544.720 | $ 62.000 | CCF24 | 0,6 % | $ 2.544.720 | $ 15.300 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | COMPENSAR CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 407.200 | $ 0 | $ 0 | $ 318.100 | $ 62.000 | $ 15.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 802.600 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 16:08:20
johana patricia h...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | ENERO 2024, CTO No.1501-23.....pdf (Archivado) | ENERO 2024, CTO No.1501-23.....pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO 2024-CTON1275-24 | 1275-2024 ferbrero johana hernndez.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | marzo 1275-2024.pdf | marzo 1275-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 1275-2024 | johana abril.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MES DE MAYO 2024 CONTRATO N°1275-24 | ilovepdf_merged (50).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) 018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

FORMULARIO ÚNICO

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 25-jun-2024

## 1. DECLARACION JURAMENTADA

### 1.1 DE BIENES Y RENTAS

**YO,** JOHANA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES
**IDENTIFICADO CON C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 57140612 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
**Dirección** CL 26 G BIS 35 C 74 SUR **Teléfonos** 3043429521 7693131

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| laura vanesa hernandez manjarres | 1080434921 | Hijo(a) |
| SHEYLA MICHELLE HERNANDEZ | 1043679407 | Hijo(a) |

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

| CONCEPTO | VALOR |
|---|---|
| SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES | $ 0,00 |
| CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS | $ 0,00 |
| GASTOS DE REPRESENTACION | $ 0,00 |
| ARRIENDOS | $ 0,00 |
| HONORARIOS | $ 23.450.000,00 |
| OTROS INGRESOS Y RENTAS | $ 0,00 |
| TOTAL | $ 23.450.000,00 |

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

| ENTIDAD FINANCIERA | TIPO DE CUENTA | NUMERO DE LA CUENTA | SEDE DE LA CUENTA | SALDO DE LA CUENTA |
|---|---|---|---|---|
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | 0570462370070528 | CENTRO MAYOR | $ 13.000,00 |
| Banco Davivienda | Cuenta de ahorros | 0570110570008885 | centro mayor | $ 4.000,00 |

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

| TIPO DE BIEN | IDENTIFICACION DEL BIEN | VALOR |
|---|---|---|
| Vehiculo | WBKC 750 | $ 35.000.000,00 |
| Vehiculo | ace 150 | $ 13.000.000,00 |



NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

| ENTIDAD O PERSONA | CONCEPTO | VALOR |
|---|---|---|
| falabella | pago de un prestamo | $ 4.000.000,00 |
| EXITO | COMPRA | $ 2.600.000,00 |
| DAVBIVIENDA | PRESTAMO CARRO | $ 1.200.000,00 |

## 1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

| ENTIDAD O INSTITUCION | CALIDAD DE MIEMBRO |
|---|---|
| SUBRED SUR | Directivo |

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

| CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION | CALIDAD DE SOCIO |
|---|---|
| DAVIVIENDA | Integrante |

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

| NOMBRES Y APELLIDOS | TIPO DOCUMENTO | NÚMERO DOCUMENTO |
|---|---|---|
| | C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯ | |

## 2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

| DETALLE DE LAS ACTIVIDADES | FORMA DE PARTICIPACION |
|---|---|
| DAVIENDA | NSA |

## 3. FIRMA

Firma electrónica:
JOHANA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES 25/06/2024 15:

**FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA**

BOGOTÁ D.C. 25-jun-2024

**CIUDAD Y FECHA**

| | | |
|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.** | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Periodo a Certificar:** | **Desde:** | 2024-06-01 | **Hasta:** | 2024-06-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | | **Número de Documento:** | 57140612 | |
| **Correo Electrónico:** | Johana123hernandez@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3017413308 | |
| **Nombre del Supervisor:** | ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 1275-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 433 |
| **Perfil:** | ENFERMERO ESPECIALIZADO | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J05TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 180 | 0 | 27330 | $4919400 | 96.8% |
| J02TN | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS TUNAL | 0 | 30 | 19370 | $581100 | 11.4% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 5500500** | **CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL QUINIENTOS PESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2024-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-04-01 | 2024-06-30 | 1 | $ 12833460 | 1022 |
| 2 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 2 | $ 12956040 | 1547 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | FEBRERO | | $ 5801400 | |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | MARZO | $ 5083380 |
| 3 | ABRIL | $ 4940100 |
| 4 | MAYO | $ 6361800 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 15250140** | **$ 41039640** | **$ 22186680** | **$ 18852960** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1). Prestar servicios de perfil Enfermero(a) Especializado(a) acorde con la Lex Artis, según necesidad de LA SUBRED SUR E.S.E, de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), Sistema Obligatorio de Garantia y Calidad (SOGC) y demás normas concordantes. | -Recibo y entrega de turno, revision de la historia clincia electronica,registro de actividades de cada uno de los paciente asignados | -Registro en la Historia clinica |
| 2 | 2). Realizar actividades de información, educación, comunicación encaminadas a promover y prevenir la enfermedad y el autocuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitaria. | -Educar a los pacientes y cuidadores en estilos y habitosde vida saludables, en manejo de su patologia y tratamiento | -Historia Clinica |
| 3 | 3). Registrar en la Historia Clínica toda la informaciòn del acto paramédico (procedimiento y cuidado de enfermeria, de forma veraz, secuencial, coherente, legible, clara, sin tachaduras, enmendaduras, intercalaciones o espacios en blanco, sin utilizar siglas distintas a las internacionalmente aprobadas), simultánea o inmediatamente después de su realizaciòn, con Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica (lógica, clara, completa) y demás criterios que defina el Ministerio de Salud y Protecciòn Social o Entes competentes que regulan la materia (Resolucion 1995/1999, 839/2017 norma que la modifique,sustituya). | -Diligenciar correctamente los registros clinicos | -Historia Clinica |
| 4 | 4). Apoyar la elaboración, actualización de formatos, protocolos, guías, procedimientos de enfermeria y adherirse a los mismos, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado en los casos pertinentes garantizando las normas universales de bioseguridad. | -Aplicación, actualizacion y diligenciamiento de guias, protocolos y formatos institucionales | -Historia Clinica |
| 5 | 5). Asegurar la correcta administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica escrita, legible, correcta, actualizada de acuerdo al protocolo establecido porla institución. | -Conocer y aplicar protocolo de administracion de medicamentos | -Historia Clinica |
| 6 | 6) Apoyar en la identificación, caracterización, inscripción, manejo, seguimiento y canalización a usuarios a las diferentes rutas de atención en salud. | -Identificacion y canalizacion a los servicios de salud. | -Historia Clinica |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 7 | 7). Articular acciones con los equipos misionales para el manejo integral y cuidado del paciente, conforme lo establece la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique, adicione o sustituya. | -Articulacion y canalizacion intersectorial según necesidades de los usuarios | -Historia Clinica |
| 8 | 8). Realizar el seguimiento y custodia del carro de paro del servicio asignado de acuerdo al procedimiento y formatos institucionales. | -Arqueo de Carro de paro según programacion y segumniento diario | -Actas y Carpeta de Carro de Paro |
| 9 | 9). Hacer seguimiento de control y evaluación al personal auxiliar de enfermería de acuerdo a sus competencias y actividades del servicio, acorde con la Ley 911 de 2014 o norma que la modifique adicione o sustituya. | -Seguimiento y supervision al personal auxiliar de enfermeria de la unidad | -Formatos institucionales |
| 10 | 10) Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales. | -Seguimiento a los planes de manejo para que se ejecuten | -Historia Clinica |

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 6361800 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 1064339826 | - | | |
| 2024 | MAYO | 2024 | 06 | 11 | | | | |

| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | SEIS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS PESOS |
|---|---|

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PROTECCIÓN | $ 2544720 | $ 407155 | **$ 407200** |
| Salud | | SURA | | $ 318090 | **$ 318100** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 61989 | **$ 62000** |
| Caja de Compensación | SI | CAFAM | **Total** | **$ 738528** | **$ 787300** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 110570008885 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | 2024-06-25 16:56:14 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ | 2024-06-25 21:08:34 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | 2024-06-26 20:49:04 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ | 2024-06-26 21:27:40 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | 2024-06-28 09:52:22 |
| RECHAZADO SUPERVISOR | ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ | 2024-06-28 10:04:20 |
| MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JOHANNA PATRICIA HERNANDEZ MANJARRES | 2024-06-28 10:33:16 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | ALEXANDRA GUTIÉRREZ RODRIGUEZ | 2024-06-28 10:36:07 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA | 2024-07-01 16:06:05 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.


***© Siasur - 2024***



**ALEXANDRA RODRIGUEZ GUTIERREZ**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO - REFERENTE DE PROCESO**


***© Siasur - 2024***