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	52506225	SANDRA JANNETH TOLOZA RUEDA	CL 55 SUR 98C 20 BL 3 CS 14	3134920048	jannethtoloza2013@hotmail.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	
2024-06	2024-06	I	09/07/2024	77934194	$402.700	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	162.500	0		0		0	1	200	0	162.700	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	208.000	0	0	0	0	1	200	0	208.200	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	31.700				31.700	1	100	31.800			317	31.800	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	162.500	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.700

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	52506225	SANDRA JANNETH TOLOZA RUEDA		CL 55 SUR 98C 20 BL 3 CS 14	3134920048	jannethtoloza2013@hotmail.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	
2024-06	2024-06	I	09/07/2024	77934194	$402.700	

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	Exonerado	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	52506225	TOLOZA RUEDA SANDRA JANNETH	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TOLOZA RUEDA SANDRA JANNETH											338618	
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula				No.							52506225	
CORREO	jannethtoloza2013@hotmail.				CELULAR							3134920048	
PROCESO:	Hospitalización												
SERVICIO:	Hospitalización				UNIDAD:							Simon Bolivar	
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	A00												
BANCO	28						TIPO CUENTA				SIN CUENTA		
NUMERO CUENTA BANCARIA	0												

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0081-2024			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			
NÚMERO DE CDP: 1	37	FECHA	02/01/2024	NÚMERO DE CRP: 1	64	FECHA	12/01/2024
NÚMERO DE CDP: 2	261	FECHA	23/02/2024	NÚMERO DE CRP: 2	18484	FECHA	26/02/2024
NÚMERO DE CDP: 3	410	FECHA	27/03/2024	NÚMERO DE CRP: 3	21701	FECHA	27/03/2024
NÚMERO DE CDP: 4	628	FECHA	20/05/2024	NÚMERO DE CRP: 4	26594	FECHA	20/05/2024
NÚMERO DE CDP: 5	810	FECHA	20/06/2024	NÚMERO DE CRP: 5	34596	FECHA	21/06/2024
NÚMERO DE CDP: 6	923	FECHA	23/07/2024	NÚMERO DE CRP: 6	41438	FECHA	31/07/2024
OBJETO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		01	07	2024		31	07	2024
TIPO SERVICIOS	Asistencial			RESERVA DE GLOSA 2%			0	
VALOR MES	1,953,372	VALOR LETRAS						

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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	12,728,424
VALOR EJECUTADO:	12,728,424
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	1,953,372
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	186
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	100.00 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
77934194	162,500	208,000	3	31,700	0	402,200
	0	0		0	0	

CERTIFICADO FRAY R

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDOVAL CASTRO ANDREA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

TOLOZA RUEDA SANDRA JANNETH
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIO	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	VERSIÓN: 3
		PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO:	Hospitalización					UNIDAD:		HOSPITAL FRAY BARTOLOMÉ DE LAS CASAS		
No. DE CONTRATO:	0081-2024		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPER		SANDOVAL CASTRO ANDREA		1	7	2.024	31	7	2.024
NOMBRE DEL CONTRATIST		TOLOZA RUEDA SANDRA JANNETH	DOCUMENTO	52506225					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ENFERMERIA - HOSPITALIZACION Y/O URGENCIAS dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E de acuerdo con las necesidades de la institución.									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%):	100%									

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	1. CONTRIBUYO EN EL MANTENIMIENTO Y MEJORA DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD INSTITUCIONAL DURANTE EL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS EVITANDO EVENTOS DE SEGURIDAD Y REPORTANDO LOS SUCESOS.
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	2. DESARROLLO LAS ESTRATEGIAS DEFINIDAS A NIVEL INSTITUCIONAL PARA EL MANTENIMIENTO DE LOS EJES DEL SISTEMA UNICO DE ACREDITACION GESTION DEL RIESGO,HUMANIZACION DE LA ATENCION,TRANSFORMACION CULTURAL,GESTION CLINICA EXCELENTE Y SEGURA,CENTRADA EN EL USUARIO Y RESPONSABILIDAD SOCIAL,ACORDE AL DESARROLLO DE LAS RESPONSABILIDADES ASIGNADAS.
3. Cumplir a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	3.SE CUMPLIO CON LOS ESTANDARES DE PRODUCCION DEL SERVICIO ASIGNADO SEGÚN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION.
4. Realizar recibo y entrega de turno con registros.	4.CUMPLI CON RECIBO Y ENTREGA DE TURNOS Y REGISTROS EN HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE , LAS ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS EN CADA TURNO 15 ENTREGAS Y RECIBOS DE TURNO AL MES.
5. Cumplir manual de bioseguridad (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).	5.CUMPLI CON EL MANUAL DE BIOSEGURIDAD (lavado e higienización de lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás) EN 15 TURNOS DE 12 HORAS.
6. Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio.	6.CUMPLI EN EL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA,CON SUS BUENAS PRACTICAS EN LA PRESTACION DEL SERVICIO EN 24 TURNOS AL MES.
7. Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.	7. ASISTI A CAPACITACIONES Y ACTIVIDADES SEGÚN LA PROGRAMACION INSTITUCIONAL.
8, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.	8. CUMPLI CON LO ESTABLECIDO DE ACUERDO A LOS CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PERTINENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO.
9. Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades.	9. MANTUVE LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION QUE SE MANEJA DE ACUERDO A LA ACTIVIDAD DEL PACIENTE.
10. Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional.	10. PARTICIPE EN LAS POLITICAS DE CALIDAD ACTIVAMENTE EN EL PROCESO DE GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL.
11. Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	11. REALIZO EL REGISTRO CLINICO DE LA TOTALIDAD DE LOS ITEMS QUE ASI LO REQUIERA LA HISTORIA CLINICA SISTEMATIZADA DE LOS PACIENTES A CARGO.
12. Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso.	12. SE BRINDA INFORMACION VERIDICA AL USUARIO Y A SU FAMILIA SOBRE EL ESTADO DE SALUD,RIESGOS Y BENEFICIOS DE SU TRATAMIENTO Y ESTANCIA EN LA UNIDAD DE SALUD MENTAL,CON UN TRATO RESPETUOSO.
13. Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales.	13.TUVE EN CUENTA APLICAR LAS POLITICAS,GUIAS DE MANEJO,INSTRUCTIVOS,MANUALES,PROCESOS,Y PROCEDIMIENTOS,INSTITUCIONALES, DURANTE MIS TURNOS REALIZADOS.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($)	VALOR NÚMEROS:1953372	UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL TRECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS.

Sandra Toloza.

TOLOZA RUEDA SANDRA JANNETH
52506225

Fecha : 31/07/2024
Firmado digitalmente

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.