aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000121635		HERNANDEZ PARRADO GIOVANNY ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 62 sur #63c-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3197647874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1046017106	9474685205	I	2024/11/12	2024/11/13	BANCO CAJA SOCIAL	1	$402,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1000121635	HERNANDEZ GIOVANNY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPSC34	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1000121635		HERNANDEZ PARRADO GIOVANNY ENRIQUE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 62 sur #63c-38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3197647874	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1046017106	9474685205	I	2024/11/12	2024/11/13	BANCO CAJA SOCIAL	1	$402,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$200	$0	$208,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$200	$0	$208,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$200	$0	$162,700
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$162,500	$200	$0	$162,700
TOTAL				1	$402,200	$500	$0	$402,700

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
12 noviembre 2024 9:32 pm

DIRECCIÓN IP. 181.134.19.249

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII4317321216064313

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
4313CVWU

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$402.700,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9474685205
FECHA DE LA SOLICITUD	12 noviembre 2024
REFERENCIA 1	181.134.19.249
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1000121635
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	1046017106
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9474685205
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******9191

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:	Giovanny Enrique Hernández Parrado						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000121635	
CORREO ELECTRONICO:	giiohernandez11@gmail.com				CELULAR:	3197647874	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS EL PORVENIR				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA34A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24120909191				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6834			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	67524	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,746,912				
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:	$1,746,912
VALOR EJECUTADO	$1,746,912
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
1000121635	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardio cerebrovascular, ruta de cáncer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas	Conocimiento, atencion y apoyo de Rutas de promocion y mantenimiento de la salud.	Apoyar las rutas de la unidad para garantizar la prestación del servicio
Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Se brinda asesoria al paciente y familiar sobre cuidados a tener en casa según su patologia y ciclo de vida	Doy a conocer a los usuarios recomendaciones en su alimentacion y la recomendacion de cambiar estios de vida, realizar ejercicio.
Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida precritica	Recibir ficha por parte del profesional con formatos vigentes, llena adecuadamente y en buen estado.	Entregar notificaciones con calidad, en los tiempos acordados y con la precritica y geocodificacion correcta.
Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	Asistir al sitio asignado, Hora acordada y participar activamente.	Realizar actas de reunion y socializacion de los eventos comentados.
Responder por los inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este.	participo en la elaboracion y diligenciamiento de manera clara completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para la prestación del servicio.	Informo a la lider asistencial, MESA DE AYUDA y ALMERA cualquier novedad que se presente con los elementos de los consultorios y unidad en general.
Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	Garantizar una atención oportuna al usuario teniendo en cuenta los protocolos a seguir.	Verificar la agenda llena en su totalidad y realizar llamadas de confirmación de asistencia.
Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	Entregar diariamente los consultorios con todos los elementos para la prestación del servicio	Dejar en cada consultorio papelería, instrumentos sanitizados, suficiente según plan de contingencia en caso de no tener sistema para elaboracion de historias clínicas manuales.
Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos	Mantener al dia los productos para su respectiva limpieza y desinfección, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso.	Sanitización de los consultorios diariamente bajo el protocolo establecido
Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	participo en las reniones de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	, reuniones, pretest y postest, firma en cada actividad
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred	protocolo de privacidad de historia clinica, privacidad ante la informacion dada por medio del supervisor o referente a cargo	Privacidad en la información manejado y/o suministrada por usuarios, profesionales y otros colaboradores.
Conocer v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos	Realizar las actividades de la institución para la mejora de el servicio.	Realizar actividades de seguridad del paciente, bienestar y acceso a la salud del usuario.
Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	brindar un srvicio en salud con trato humanizado donde el usuario encuentre una atencion oportuna durante la prestación del servicio	Comunicar al usuario la informacion correcta respecto a la cita asignada o situaciones respecto a la misma con calidez, seguridad, igualdad y respeto.
Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	participo en las reuniones de procesos y procedimientos de la institucion	participacion, pretest y postest, firma en cada actividad
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	Reportar los eventos que se presenten en el centro de salud.	Plataforma ALMERA, Buzon y Reporte Suceso de Seguridad (SP)
Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado	Asistir y participar en las dinámicas de la Institución.	participación, comunicación asertiva, pretest y postest, firma en cada actividad
Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 2002.	Subir soportes asociados al pago de mi SALUD, PENSION y ARL	Pago de planilla en las fechas establecidas, Soportes y documentos asociados al mismo.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realizar las demás actividades que requieran actitud y colaboracion.	Disponibilidad para las necesidades en la unidad.

Copia Controlada Subred Suroccidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GIOVANNY ENRIQUE HERNANDEZ PARRADO

C.C 1000.121.635 DE BOGOTA

La suma de **MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE. ($1.746.912,oo)** por concepto de: prestación de servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** en el **CENTRO DE SALUD EL PORVENIR** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de **01 DE NOVIEMBRE al 30 de NOVIEMBRE de 2024** de conformidad con lo establecido en la **PRORROGA Y ADICIÓN** del contrato de prestación de servicios **No 6834-2024**.

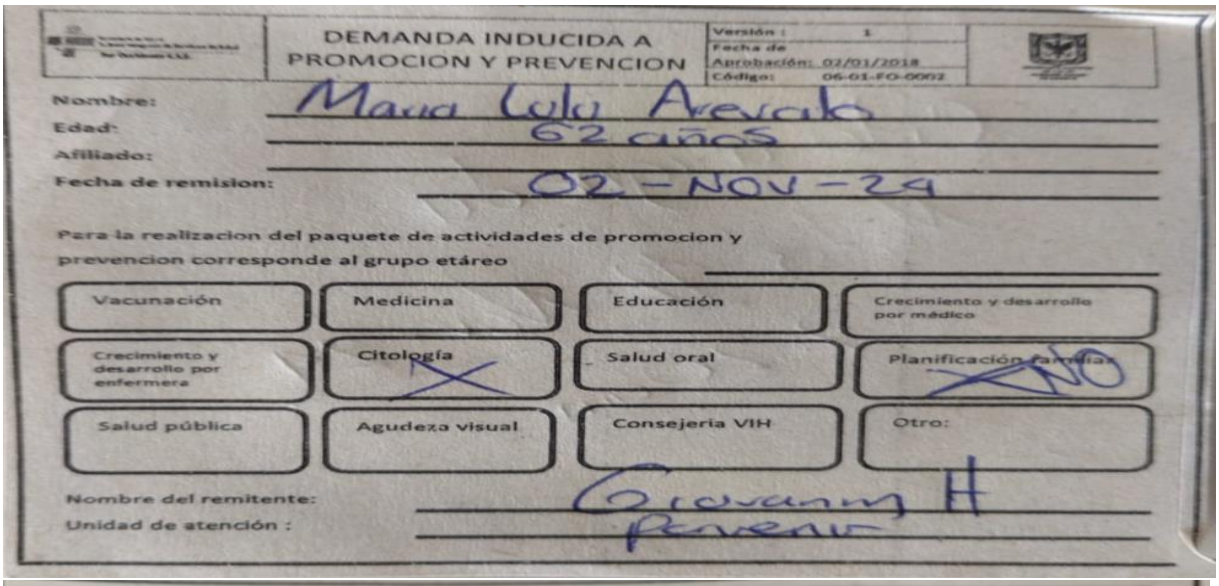


GIOVANNY ENRIQUE HERNANDEZ PARRADO

C.C 1000.121.635 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJASOCIAL

NUMERO 24120909191



DEMANDA INDUCIDA A PROMOCION Y PREVENCION

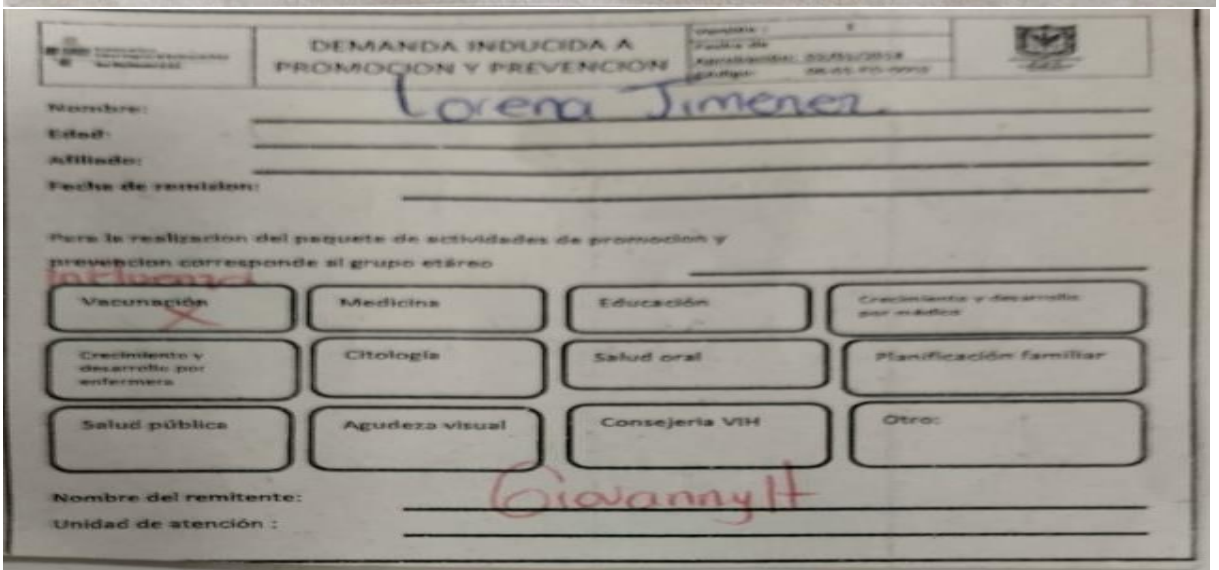
Versión: 1
Fecha de Aprobación: 02/01/2018
Código: 06-01-FO-0002

Nombre: Maria Lulu Arevalo
Edad: 62 años
Afiliado:
Fecha de remision: 02-NOV-24

Para la realizacion del paquete de actividades de promocion y prevencion corresponde al grupo etáreo

Vacunación	Medicina	Educación	Crecimiento y desarrollo por médico
Crecimiento y desarrollo por enfermera	Citología X	Salud oral	Planificación familiar X NO
Salud pública	Agudeza visual	Consejeria VIH	Otro:

Nombre del remitente: Giovanny H
Unidad de atención : Parque



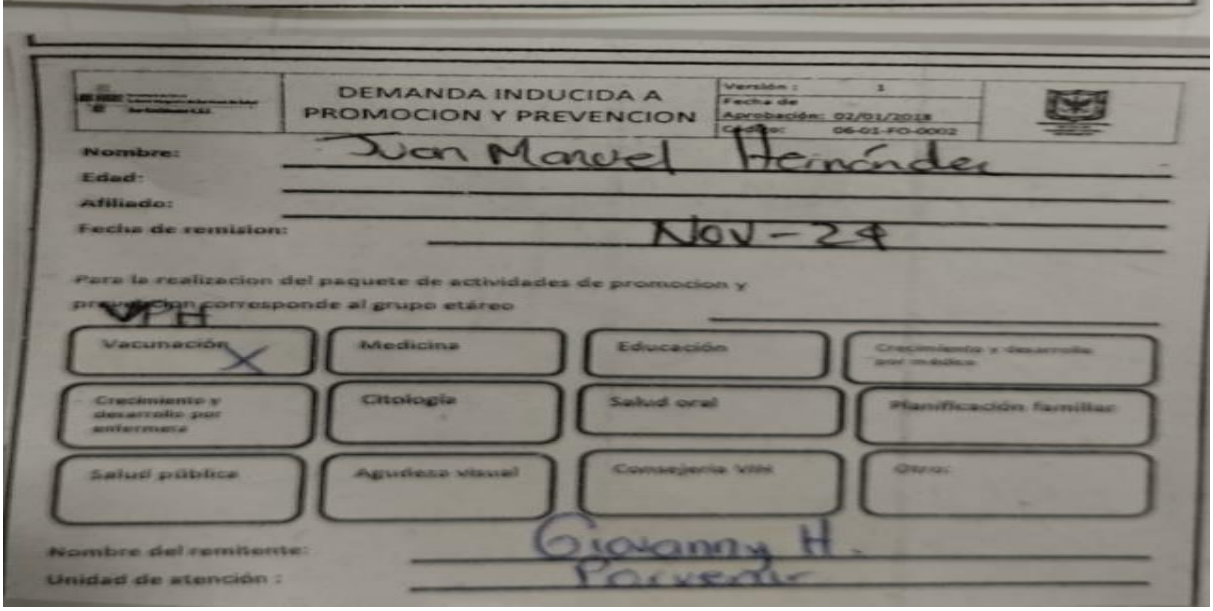
DEMANDA INDUCIDA A PROMOCION Y PREVENCION

Nombre: Lorena Jimenez
Edad:
Afiliado:
Fecha de remision:

Para la realizacion del paquete de actividades de promocion y prevencion corresponde al grupo etáreo Intramural

Vacunación X	Medicina	Educación	Crecimiento y desarrollo por médico
Crecimiento y desarrollo por enfermera	Citología	Salud oral	Planificación familiar
Salud pública	Agudeza visual	Consejeria VIH	Otro:

Nombre del remitente: GiovannyH
Unidad de atención :



DEMANDA INDUCIDA A PROMOCION Y PREVENCION

Versión: 1
Fecha de Aprobación: 02/01/2018
Código: 06-01-FO-0002

Nombre: Juan Manuel Hernández
Edad:
Afiliado:
Fecha de remision: NOV-24

Para la realizacion del paquete de actividades de promocion y prevencion corresponde al grupo etáreo VPH

Vacunación X	Medicina	Educación	Crecimiento y desarrollo por médico
Crecimiento y desarrollo por enfermera	Citología	Salud oral	Planificación familiar
Salud pública	Agudeza visual	Consejeria VIH	Otro:

Nombre del remitente: Giovanny H.
Unidad de atención : Parque