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:	CLAUDIA PINZON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012329577	
CORREO ELECTRONICO:	pinzoncristanchoc@gmail.com				CELULAR:	9210423	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QX CIRUGÍA GENERAL USS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37C01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24074909058				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2816			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	65812	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-10-01		2024-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,450,942						
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:	$34,271,424
VALOR EJECUTADO	$32,367,455
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,450,942
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,903,969
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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
80922506	$1,475,575	$184,447	$236,092	3	$35,945	$456,484

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

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral	trabajo en equipo
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	sistema de informacion
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	sistema de informacion
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	Participo en la programación de las actividades del área.	cuando se requiera
Participar en la programación de las actividades del área.	Particip0 en la programación de las actividades del área.	sistema de informacion
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	sistema de informacion
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	sistema de informacion
Impartir instrucciones al personal a cargo	Impartir instrucciones al personal a cargo	trabajo en equipo
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenco en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	sistema de informacion
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	trabajo en equipo
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	cuando se requiera
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	cuando se requiera
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	trabajo en equipo
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	sistema de informacion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	sistema de informacion
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	trabajo en equipo
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	cuando se requiera
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	sistema de informacion
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	trabajo en equipo

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	sistema de informacion
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	sistema de informacion
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	cuando se requiera
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	cuando se requiera
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	trabajo en equipo
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	sistema de informacion
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	sistema de informacion
Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.	trabajo en equipo
Participar en la programación de las actividades del área	Participo en la programación de las actividades del área	cuando se requiera
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	sistema de informacion
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	sistema de informacion
Impartir instrucciones al personal a cargo	Imparto instrucciones al personal a cargo	trabajo en equipo
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	sistema de informacion
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	Realizo los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio	trabajo en equipo
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	trabajo en equipo
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	sistema de informacion
Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	trabajo en equip
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	sistema de informacion
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	sistema de informacion
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	trabajo en equipo
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	cuando sea necesario

Copia Controlada Subred Suroccidente

Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Conosco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	trabajo en equipo
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	cuando se requiera
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	cuando se requiera
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado	cuando se requiera
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	cuando se requiera
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	trabajo en equipo

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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

DEBEA:

CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO

C.C. 1.012.329.577 DE BOGOTA

La suma de 3.450.942, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA durante el periodo del 1 al 31 de 0ctubre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2816-2024.



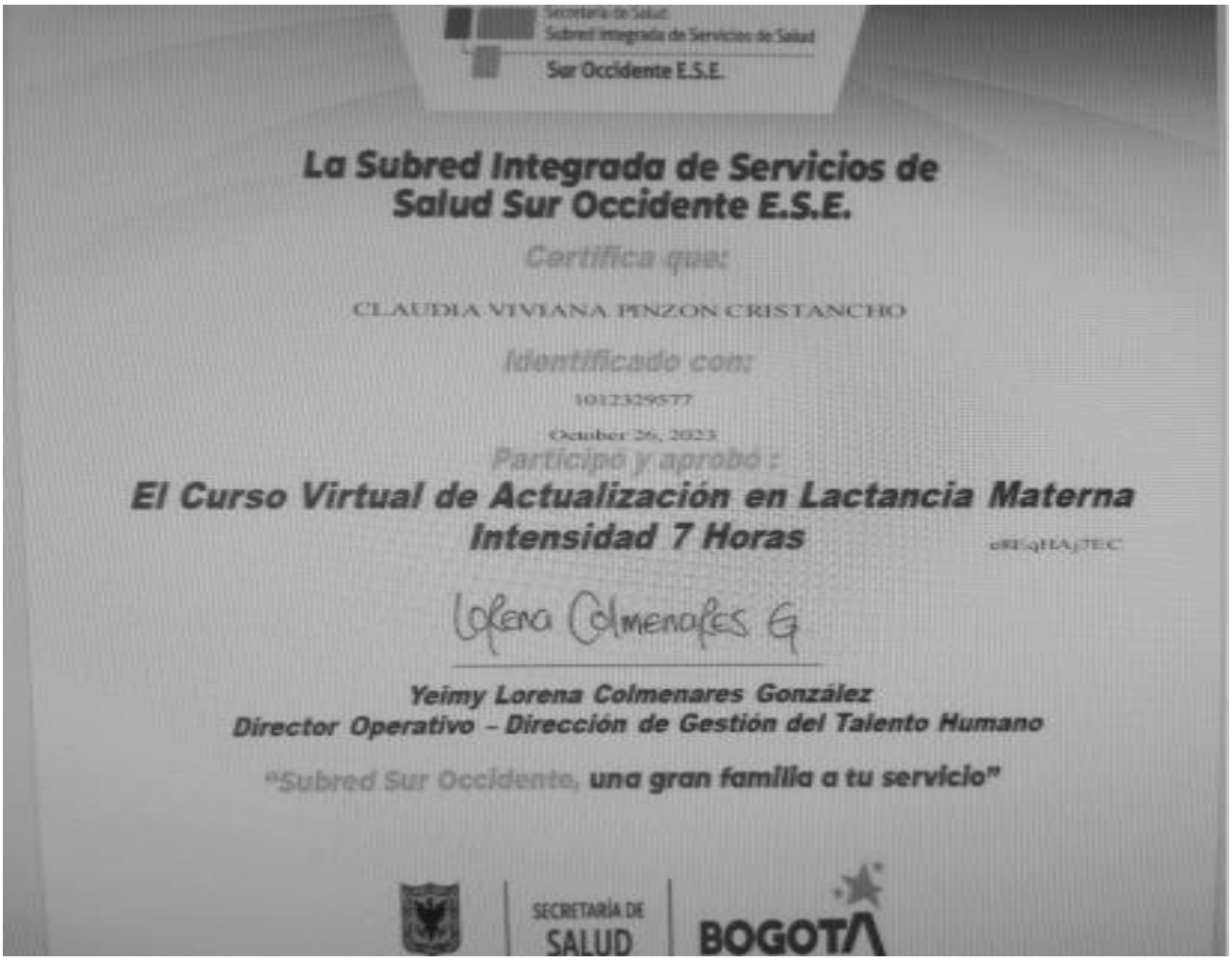
Nombre de contratista

CLAUDIAVIVIANAPINZON CRISTANCHO

C.C. 1.012.329.577 DE BOGOTA

CUENTADE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24074909058



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

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

Certifica que:

CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO

Identificado con:

1012329577

October 26, 2023

Participó y aprobó :

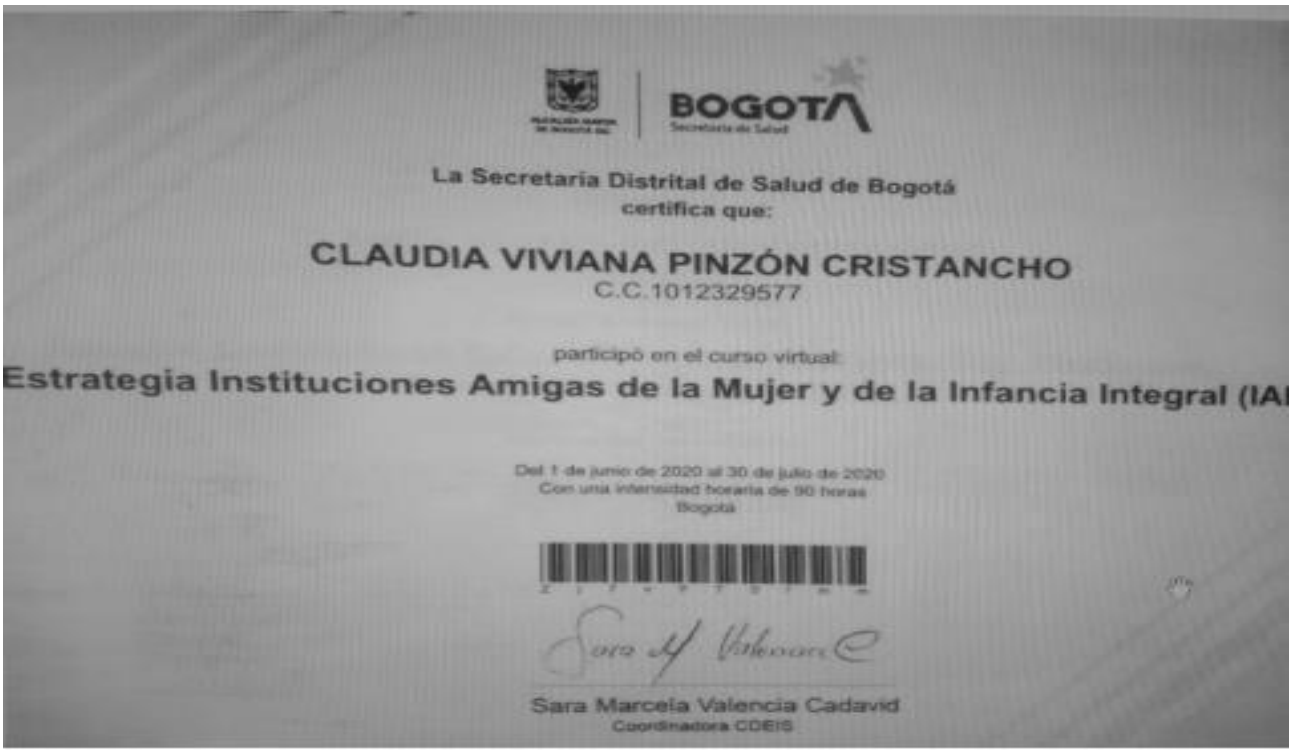
El Curso Virtual de Actualización en Lactancia Materna Intensidad 7 Horas

Lorena Colmenares G

Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano

"Subred Sur Occidente, ***una gran familia a tu servicio"***

SECRETARÍA DE SALUD | BOGOTÁ



BOGOTÁ
Secretaría de Salud

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá certifica que:

CLAUDIA VIVIANA PINZÓN CRISTANCHO
C.C.1012329577

participó en el curso virtual:

Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral (IA

Del 1 de junio de 2020 al 30 de julio de 2020
Con una intensidad horaria de 90 horas
Bogotá

Sara Marcela Valencia Cadavid
Coordinadora CDEIS



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

FORMATO DE REVISIÓN MENSUAL DE KIT DE REANIMACIÓN NEONATAL

Versión:	3
Fecha de aprobación:	11/9/2023
Código:	07-00-FO-0062

UNIDAD:	HOSPITAL BOSA	FECHA: 08/09/2024	*REALIZADO POR:*
SERVICIO:	CIRUGIA	HORA INICIO: 9:30 AM	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO
		HORA FINAL: 9:50 AM	ENFERMERA PROFESIONAL

GAVETA DE MEDICAMENTOS

No.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	CANTIDAD ESTABLECIDA	CANTIDAD ENCONTRADA	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
1	ADRENALINA 1 mg/ml solución inyectable	AMPOLLA		5	5	2018M-0012930-R1	ADC-984-2	Aug-25						
2	NALOXONA 0.4mg/ml solución inyectable	AMPOLLA		1	1	2020M-0015563-R1	NCL-018	May-25						

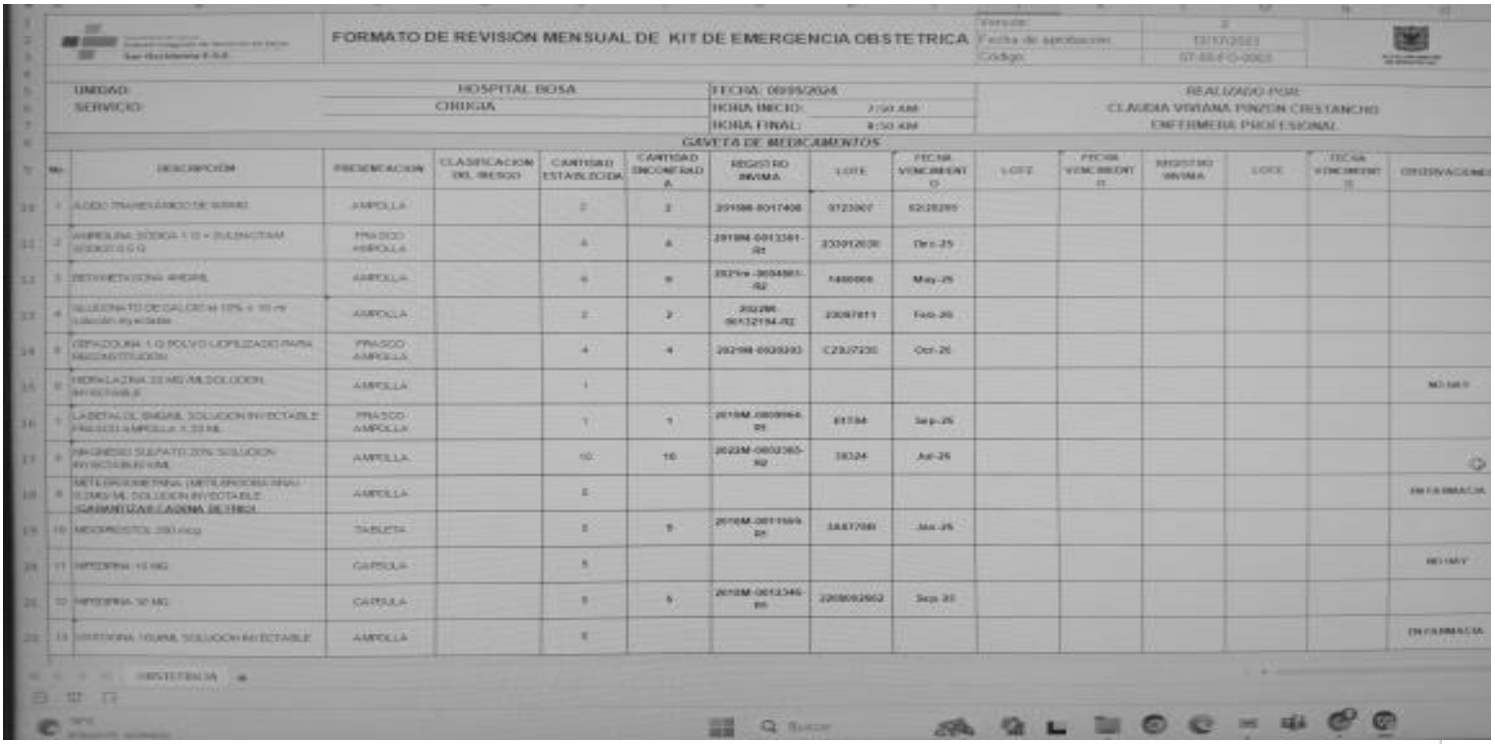
GAVETA PARA CIRCULACIÓN O MATERIALES ENDOVENOSOS

No.	DESCRIPCIÓN	PRESENTACIÓN	CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	CANTIDAD ESTABLECIDA	CANTIDAD ENCONTRADA	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
3	AGUJAS DESECHABLES No.21 G X 1 1/2"	UNIDAD	II a	3	3	2013DM-0010773	PM20220925	24/09/2027						
4	JERINGA DE 1 CC con aguja 27G x 1/2	UNIDAD	II a	3	3	2018DM-0001797-R1	1321A1	10/8/2027						
5	JERINGA DE 3 CC con aguja 21 G x 1 1/2"	UNIDAD	II a	2	2	2017DM-0016958	PO10542	9/5/2027						
6	JERINGA DE 5 CC con aguja 21G X 1 1/2"	UNIDAD	II a	2	2	2018DM-0018552	20220603	19/03/2028						
7	JERINGA DE 10CC con aguja 21G x 1 1/2"	UNIDAD	II a	5	5	2017DM-0016958	20220603	2/7/2027						
8	JERINGA DE 20 CC con aguja 21G x 1 1/2	UNIDAD	II a	1	1	2017DM-0016958	PO10614	19/12/2027						
9	JERINGA PARA TOMA DE GASES ARTERIALES CON HEPARINA DE LITIO SECA (23G X 1")	UNIDAD	II a	2	2	REF:364413	3132049	31/05/2025						

RECIEN NACIDOS +

16°C
Mayorm. soleado

Buscar



FORMATO DE REVISION MENSUAL DE KIT DE EMERGENCIA OBSTETRICA

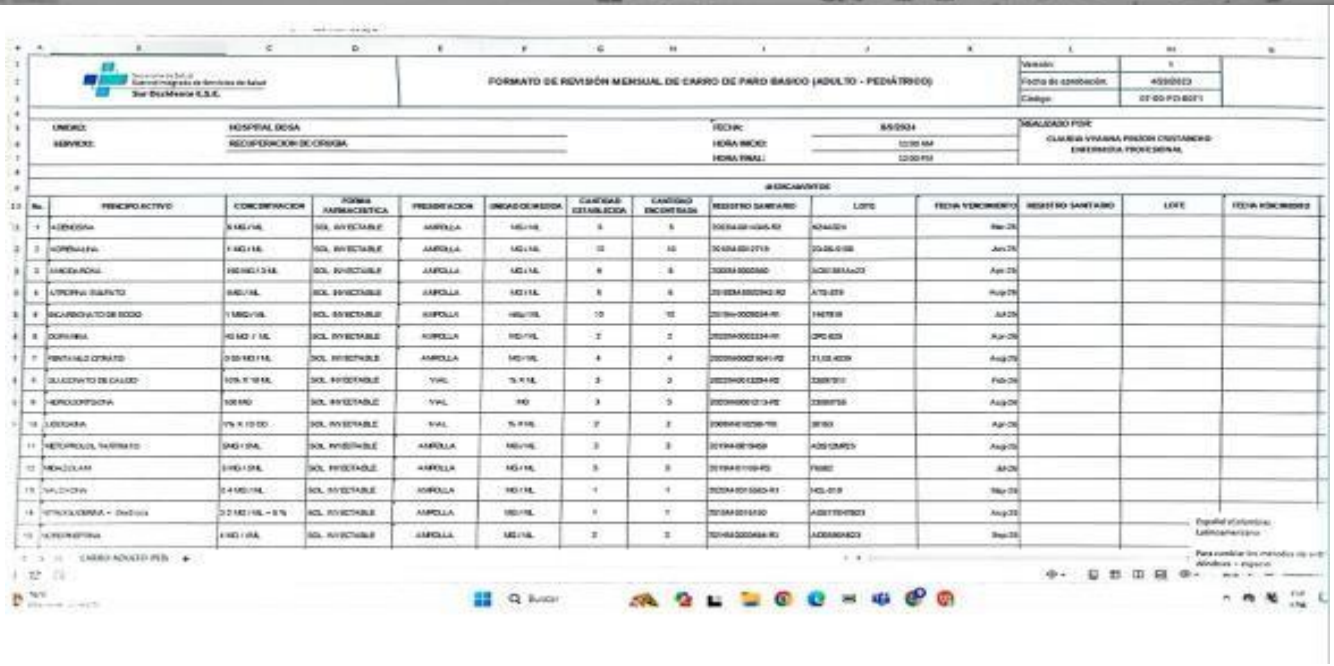
Versión:	2
Fecha de aprobación:	13/11/2023
Código:	GT-SS-F-O-0003

UNIDAD:	HOSPITAL BOSA	FECHA: 08/05/2024	REALIZADO POR:
SERVICIO:	CIRUGIA	HORA INICIO: 7:00 AM	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO
		HORA FINAL: 8:00 AM	ENFERMERA PROFESIONAL

GAVETA DE MEDICAMENTOS

No.	DESCRIPCION	PRESENTACION	CLASIFICACION DEL RIESGO	CANTIDAD ESTABLECIDA	CANTIDAD ENCONTRADA	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	REGISTRO INVIMA	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	OBSERVACIONES
10	1 ACIDO TRANEXAMICO DE 500MG	AMPOLLA		2	2	2015M-0017408	0723007	02/2029						
11	2 AMPICILINA SODICA 1 G + SULBACTAM SODICO 0.5 G	FRASCO AMPOLLA		4	4	2019M-0013361-R1	23301203	Dic-25						
12	3 BETAMETASONA 4MG/ML	AMPOLLA		6	6	2021M-0004861-R2	1480008	May-25						
13	4 SOLUCION ATO DE CALCIO AL 10% X 10 ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		2	2	2022M-0012194-R2	23057811	Feb-26						
14	5 CEFAZOLINA 1 G POLVO LIOFILIZADO PARA RECONSTITUCION	FRASCO AMPOLLA		4	4	2021M-0003393	CZ3U7230	Oct-26						
15	6 HIDRALAZINA 20 MG/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		1										NO HAY
16	7 LIDOCAINA AL 2% SIN EPINEFRINA SOLUCION INYECTABLE FRASCO AMPOLLA X 20 ML	FRASCO AMPOLLA		1	1	2019M-0009964-R1	61784	Sep-25						
17	8 MAGNESIO SULFATO 20% SOLUCION INYECTABLE 10 ML	AMPOLLA		10	10	2022M-0002365-R2	38324	Jul-25						
18	9 METILERGOMETRINA (METILERGOMETRINA) 0.2MG/ML SOLUCION INYECTABLE GARANTIZAR CADENA DE FRIO	AMPOLLA		2										EN FARMACIA
19	10 MISOPROSTOL 200 mcg	TABLETA		3	3	2019M-0011569-R1	3487088	Jun-25						
20	11 NIFEDIPINA 10 MG	CAPSULA		5										NO HAY
21	12 NIFEDIPINA 30 MG	CAPSULA		5	5	2019M-0013346-R1	2208082602	Sep-25						
22	13 OXITOCINA 10UI/ML SOLUCION INYECTABLE	AMPOLLA		6										EN FARMACIA

OBSTETRICIA



FORMATO DE REVISIÓN MENSUAL DE CARRO DE PARO BASICO (ADULTO - PEDIÁTRICO)

Versión:	1
Fecha de aprobación:	4/03/2023
Código:	GT-SS-FO-0071

UNIDAD:	HOSPITAL BOSA	FECHA:	8/5/2024	REALIZADO POR:
SERVICIO:	RECUPERACION DE CIRUGIA	HORA INICIO:	12:00 AM	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO
		HORA FINAL:	12:00 PM	ENFERMERA PROFESIONAL

ENCARGADO DE

No.	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD ESTABLECIDA	CANTIDAD ENCONTRADA	REGISTRO SANITARIO	LOTE	FECHA VENCIMIENTO	REGISTRO SANITARIO	LOTE	FECHA VENCIMIENTO
1	1 ADENOSINA	6 MG/ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	6	6			Mar-25			
2	2 ATROPINA SULFATO	1 MG/ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	10	10			Jun-25			
3	3 AMIODARONA	150 MG/3 ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	6	6			Ago-25			
4	4 ATROPINA SULFATO	0.5MG/ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	5	5			Aug-25			
5	5 BICARBONATO DE SODIO	1 MEQ/ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MEQ/ML	10	10			Jul-25			
6	6 DOPAMINA	40 MG / 1 ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	2	2			Apr-25			
7	7 FENITOINA SODICA	0.05 MG/1 ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	4	4			Aug-25			
8	8 GLUCONATO DE CALCIO	10% X 10 ML	SOL. INYECTABLE	VIAL	% X ML	3	3			Feb-26			
9	9 HIDROCORTISONA	100 MG	SOL. INYECTABLE	VIAL	MG	3	3			Aug-26			
10	10 LIDOCAINA	2% X 10 CC	SOL. INYECTABLE	VIAL	% X ML	2	2			Apr-26			
11	11 METOPROLOL TARTRATO	5MG / 5ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	3	3			Aug-26			
12	12 MIDAZOLAM	5 MG / 5ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	5	5			Jul-26			
13	13 NALOXONA	0.4 MG/1 ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	1	1			May-26			
14	14 NITROGLICERINA + Dextrosa	0.2 MG / ML + 5 %	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	1	1			Aug-26			
15	15 NOREPINEFRINA	4 MG / 4ML	SOL. INYECTABLE	AMPOLLA	MG/ML	2	2			Sep-26			

CARRO ADULTO PEDI

ASEGURATE HOSPITAL BOSA

CULTURA DE REPORTE

pinzoncristanchoc@gmail.com
Cambiar cuenta

No compartido

Se guardó el borrador

* Indica que la pregunta es obligatoria

FECHA *

11 octubre 2024

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1012329577	PINZON	CRISTANCHO	CLAUDIA	VIVIANA	2024-09	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ...

133 Registros en 14 Paginas

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	1012329577	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO	CALLE 65 H SUR 78 J 27	4912263	pinzoncristanchoc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80922506	$456.600	

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	184.500	0		0		0	0	0	0	184.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	236.100	0	0	0	0	0	0		236.100	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	36.000				36.000	0	0	36.000			360	36.000	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	184.500	184.500
Pensión	1	236.100	236.100
Riesgos Laborales	1	36.000	36.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	456.600	456.600

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	1012329577	CLAUDIA VIVIANA PINZON CRISTANCHO		CALLE 65 H SUR 78 J 27	4912263	pinzoncristanchoc@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.	SI

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	
2024-09	2024-09	I	09/10/2024	80922506	$456.600	

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	Estornudo	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	1012329577	PINZON CRISTANCHO CLAUDIA VIVIANA	59	0			N								X								25-14	1.475.600	236.100	0	0	0	0	EPS008	1.475.600	184.500	14-11	1.475.600	3	36.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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