PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-16, 02:11:22 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1067311497 **Referencia pago(PIN)** 8810331248

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-16 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO				
Documento	CC 51951387	**Dirección**	CARRERA 72C # 7F 14		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3112594133		
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 51951387		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00				N	CASTILLO LOZANO EDITH YOLIMA	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			
INO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CCF	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APFP	Días ARP	Días AFP	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	0	30	0	0																																		
																						25-14		16 %	$ 1.361.219	$ 217.800	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 1.361.219	$ 170.200	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.361.219	$ 33.200	CCF24	2 %	$ 1.361.219	$ 27.300	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
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 217.800	$ 0	$ 0	$ 170.200	$ 33.200	$ 27.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.500

ontratos → Ver contrato

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		
	CUENTA ABRIL OK TODO.pdf (Archivado)	CUENTA ABRIL OK TODO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2024.pdf	CUENTA FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE MARZO 2024.pdf	CUENTA DE MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2024.pdf	CUENTA ABRIL 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2024.pdf	CUENTA MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO ..OK.pdf	CUENTA JUNIO ..OK.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO OK ..pdf	CUENTA JULIO OK ..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO OK..pdf	CUENTA AGOSTO OK..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA SEPTIEMBRE OK.pdf	CUENTA SEPTIEMBRE OK.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51951387	
CORREO ELECTRONICO:	yoedithcast@gmail.com				CELULAR:	3112594133	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT ENFERMERIA PYD USS 49 INTERNACIONAL				SEDE:	SUBRED	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO06A38	81	FO07A38	19

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.		TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24120977264			PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	2644			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	65672	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:			$3,313,962				
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:	$30,225,759
VALOR EJECUTADO	$29,825,658
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,313,962
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$400,101
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
1066509913	$1,325,585	$165,698	$212,094	3	$32,291	$410,083

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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
Practicar las intervenciones de enfermería. establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento. de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención. protocolos. procesos y procedimientos institucionales.	Se practicaron intervenciones de enfermería según protocolos institucionales.	Se practicaron intervenciones de enfermería
Desarrollar y apoyar la ejecución de las actividades de promoción en salud. prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural. necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	Se desarrollo actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad.	Se desarrolló actividades de promoción y prevención
Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa.	Se realizaron actividades de consulta externa	Se realizaron actividades de consulta externa
Elaborar las historias clínicas completas de acuerdo con la normatividad vigente.	Se diligenciaron las historias clínicas completas según la normal	Se diligenciaron las historias clínicas completas según la normal /
Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar lapertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	No aplica	No aplica
Participaren la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influenza de la Empresa Social del estado.	No aplica	No aplica
Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara. completa y oportuna. los instrumentos que le sean encomendados para su actividad	Se diligenciaron de forma completa y oportuna los instrumentos	Se diligenciaron los instrumentos según actividad realizada
Aplicar lineamientos. normas. guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio. Se aplicaron las normas ,protocolos	Se prestó un adecuado servicio
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio	Se reportaron las anormalias	Se informó lo requerido
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividadesa las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales.	Se presento informe oportunamente	Se presento informe oportunamente de acuerdo a las obligaciones
Participar en la actualización de losprocesos y procedimientos inherentes a su cargo.	Se participo en la red materna	Se participo en la red materna
Conocer aplicar las normas de Bioseguridad. Plan de gestión Ambiental. manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractual.	Se aplicaron las normas ,protocolos	Se aplicaron las normas ,protocolos
Asistir y Participar activamente en los procesos de actgualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar. Relacionadascon las actividades a proyectos que ejecute.	Se participó en el asegúrate del mes	Asegurate cultura del reporte
Realizar el ejercicio de autocontrol. autorregulación y autogestión en las actividades	Se practico autocontrol , autoregulacion y autogestión	Se practico autocontrol , autoregulacion y autogestión
desarrolladas. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	Se ejecuto ejecutar acciones preventivas y/o correctivas	Se ejecuto ejecutar acciones preventivas y/o correctivas
Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales.	No aplico	No aplico
Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física. psicológica o clínica que comprometa la salud del paciente.	No aplico	No aplico
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados en el área asignada	Se realizan actividades de acuerdo a mi perfil y contrato	Realice actividades contratadas
Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabilidad.22. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Se cuido el patrimonio institucional	Se optimizaron los recursos
revisar y notificar al líder el estado de las agendas de programación de servicios.	Se revisa agendas y se informa líder si está vacia o faltan cupos	Se informó cupos vacios .
urgencias: consulta urgencias. observación. hospitalización. atención de preparto. parto y post parto cuando las necesidades del servicio así lo requieran.	No aplico	No aplico
Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato.	Se realizan actividades de acuerdo a mi perfil y contrato	Realice actividades contratadas
Uso adecuado del bata y carne según lineamientos institucional, incluyendo el cumplimiento de la estrategia " "quitate la bata"	Se usa bata, carnet institucional	Se usa bata, carnet institucional

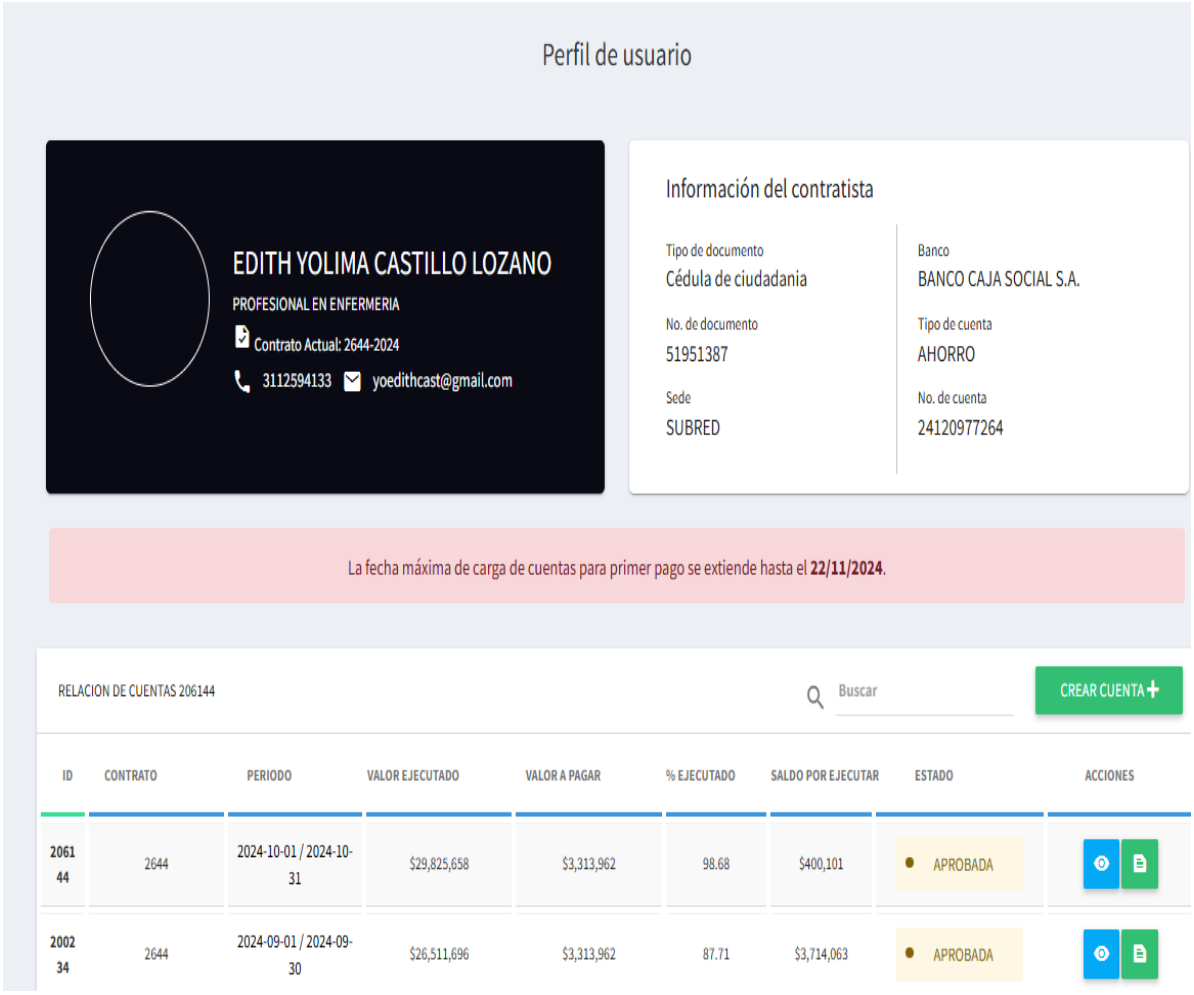
Copia Certificado Original Suroccidente

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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


Perfil de usuario
EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
PROFESIONAL EN ENFERMERIA
Contrato Actual: 2644-2024
3112594133
yoedithcast@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
51951387
Sede
SUBRED
Banco
BANCO CAJA SOCIAL S.A.
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
24120977264
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 22/11/2024.
RELACION DE CUENTAS 206144
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
20614
2644
2024-10-01 / 2024-10-31
$29,825,658
$3,313,962
98.68
$400,101
APROBADA
20034
2644
2024-09-01 / 2024-09-30
$26,511,696
$3,313,962
87.71
$3,714,063
APROBADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO
C.C. 51.951.387 DE BOGOTA

La suma de $ 3.313.962 Tres millones trescientos trece mil novecientos sesenta y dos pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como Enfermera con un total de 186 horas, a $ 17.817 hora, durante el periodo de 01 al 30 Noviembre de 2024 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2644-2024

Nombre del contratista
Edith Yolima Castillo Lozano
C.C. 51.951.387 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 24120977264
Banco Caja Social

Firma

C.C 51951387