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	1017122650	EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA	cl 90a sur 56 66	7174268	edinelsi@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
8381342582	13/11/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	N	26/11/2024	82036670	$0	

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					

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

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	0				0	0	0	0			0	0	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	0	0

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1017122650	EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA		cl 90a sur 56 66	7174268	edinelsi@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
8381342582	13/11/2024	N	26/11/2024	82036670	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10				$0	

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	CORRECCION	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	1017122650	IBARGUEN MOSQUERA EDINELSI	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADADE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:
EDINELSI IBARGUEN MOSQUE

C.C 1017122650

La suma de **(un millón doscientos treinta mil cientos ochenta y siete)**
($ 1230187), por concepto de servicios como Técnica auxiliar en Enfermería Componente GPAISP, durante el periodo de 1 al 15 de octubre 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1931 -2024

Edinelsi Ibargüen M.

Nombre de contratista C.C.1017122650 DE MEDELIIN CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA NUMERODECUENTA:23146960481

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes Septiembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

CHRISTIAN ACERO AMAYA.

CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA
Apoyo a la supervisión
Componente GPAISP

								Código:
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			EDINELSI IBARGUEN MOSQUERA					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X		C.E			No.
CORREO ELECTRONICO:			edinelsiibarguen@gmail.com					CELULAR:
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON					SEDE:
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO09K26	100						
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCOLOMBIA S.A					TIPO DE CUENTA:
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			23146960481					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO			1931					VIGENCIA
NÚMERO DE CDP	2161		FECHA	2024-10-03 12:31:24.000				NÚMERO DE CRP
OBJETO DEL CONTRATO:			AUXILIAR DE ENFERMERIA					
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE				FECHA INICIAL

Copia Certificada
Colpred Suroccidente

		VALOR HONORARIOS MENSUALES:	
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	

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 a
debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	
VALOR EJECUTADO	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	

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 vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL
7835395	$984,148	$123,019	$157,464	3

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occi

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

OBLIGACIÓN	ACTIVID
REALIZAR PLAN DE TRABAJO Y REMITIRLO A LA SDS A MÁS TARDAR LOS PRIMEROS CINCO (5) DÍAS HÁBILES DE INICIADA LA VIGENCIA, EL FORMATO DE PLAN DE TRABAJO DEBERÁ INCORPORAR LAS SUBACTIVIDADES DESCRITAS EN ESTE DOCUMENTO OPERATIVO.	LA MESA DE V AFRO REALIZ CONVOCATOR EL DIA 13 DE JUL CELEBRACION LA AFROCOLOMB
REALIZAR UN ENCUENTRO (VIRTUAL Y/O PRESENCIAL) DURANTE LA VIGENCIA DE DIÁLOGO Y SOCIALIZACIÓN DE LA PROPUESTA RUTA DIFERENCIAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL CON POBLACIÓN AFRODESCENDIENTE VÍCTIMA DEL CONFLICTO ARMADO CON LOS LÍDERES Y/O LA MESA DE VÍCTIMAS AFRO. (SEGÚN CONCERTACIÓN Y DISPONIBILIDAD DE LA MESA AFRO)	REALIZAR VA EN SALUD FÍSICA, LAS A QUE SE REALICEN EST ORIENTADAS A LA IDENTIFI DE RIESGOS EN SALUD, IDENTIFICACI BARRERAS D EN SALUD Y ACCIONES DE MEDICINA ANCESTRAL. 1 USUARIOS Y 1 FAMILIA EN P DE SALUD ANCESTRAL
REALIZAR VALORACIÓN EN SALUD FÍSICA, LAS ACCIONES QUE SE REALICEN ESTARÁN ORIENTADAS A LA IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS EN SALUD, IDENTIFICACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO EN SALUD Y ACCIONES DESDE LA MEDICINA ANCESTRAL. 200 CASOS PARA LA VIGENCIA	REALIZAR VA EN SALUD FÍSICA, LAS A QUE SE REALICEN EST ORIENTADAS A LA IDENTIFI DE RIESGOS EN SALUD, IDENTIFICACI BARRERAS D EN SALUD Y ACCIONES DE MEDICINA

	ANCESTRAL. 1 USUARIOS Y 1 FAMILIA EN P DE SALUD ANCESTRAL
DIGITAR EN MATRIZ DE SEGUIMIENTO PSICOSOCIAL POR CADA PERSONA VÍCTIMA DEL CONFLICTO QUE ES ATENDIDA POR EL EQUIPO (SEGÚN LA MODALIDAD), EL CARGUE DE LA INFORMACIÓN DEBERÁ SER DE MANERA SEMANAL.	MATRIZ DE SISTEMATIZA DILIGENCIAD MANERA SEMANAL
PARTICIPAR EN LAS ASISTENCIAS TÉCNICAS Y/O REUNIONES DE SEGUIMIENTO CUANDO SEAN CONVOCADAS POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.	PARTICIPAR JORNADSISTE TÉCNICAS Y/C REUNIONES D SEGUIMIENTO CONVOCADAS
PARTICIPAR UNA VEZ AL MES EN LAS JORNADAS DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES TÉCNICAS Y CUIDADO A CUIDADORES.	REALIZAR AP TÉCNICOS PA INFORME DE VIGENCIA.

Copia certificada
Subred Suroccidente

REALIZAR APORTES TÉCNICOS PARA EL INFORME DE LA VIGENCIA. ESTE INFORME SE REALIZARÁ EN LA ESTRUCTURA DEFINIDA PREVIAMENTE POR LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD Y DEBERÁ SER REMITIDO VÍA CORREO ELECTRÓNICO 10 DÍAS DESPUÉS DE FINALIZADA LA VIGENCIA.	Durante la vigen realizará el abor procesos de aten ancestral comun (UBUNTU) para víctimas del con armado en el ma vigencia. Para el de las acciones d psico ancestral c (UBUNTU) se h participación del psicosocial comp perfiles), quiene una de las sesion preparar la meto como la respecti sistematización y las personas en p atención psico an formato previam establecido.
REALIZAR LA CONTINUIDAD DE LOS 10 PROCESOS DE ATENCIÓN EN SALUD INTEGRAL CORRESPONDIENTES A LA BINA DE SALUD INTEGRAL QUE INICIARON EN LA VIGENCIA INMEDIATAMENTE ANTERIOR. LO CUAL IMPLICA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN Y CIERRE DE LA ATENCIÓN PSICOANCESTRAL. SE IDENTIFICARÁ CON LA POBLACIÓN VCA (CASO A CASO) SI LA ATENCIÓN PSICOANCESTRAL SE REALIZARÁ VIRTUAL Y/O PRESENCIAL, O EN ALTERNANCIA ENTRE LA VIRTUALIDAD Y LA PRESENCIALIDAD.	REALIZAR LA CONTINUIDAD LOS 10 PRO ATENCIÓN EN SALUD INTEG CORRESPOND LA BINA DE SALUD INTEG INICIARON EN LA INMEDIATAM ANTERIOR. LO IMPLICA IMPLEMENTA PLAN DE ACC CIERRE DE LA ATENCIÓN PSICOANCEST

CUMPLIR A CABALIDAD CON LAS ACTIVIDADES AFINES AL PERFIL PROFESIONAL Y/O TÉCNICO CONFORME A LO ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTOS DISTRITALES, ESTÁNDARES INSTITUCIONALES Y PORTAFOLIO DE SERVICIOS, CON CRITERIOS DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD Y PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS PARA LOS COMPONENTES DEL ESCENARIO, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, CUANDO SEAN REQUERIDOS Y/O ASIGNADOS EN EL CONTRATO VIGENTE ENTRE LA SUB RED SUR OCCIDENTE Y LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.	CUMPLIR A CABALIDAD C LAS ACTIVIDADES AFINES AL PE PROFESIONAL TÉCNICO CONFORME A ESTABLECIDO POR LOS LINEAMIENTO DISTRITALES, ESTÁNDARES INSTITUCIONA Y PORTAFOLI DE SERVICIOS CON CRITERIO DE VERACIDAD, CALIDAD, OPORTUNIDAD PERTINENCIA SEGÚN PARÁMETROS DESCRITOS PARA LOS COMPONENTE DEL ESCENARIO, ESPACIO Y/O PROYECTOS ESPECIALES, CUANDO

	SEAN REQUERIDOS ASIGNADOS EN EL CONTRA VIGENTE ENT LA SUB RED S OCCIDENTE Y SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.
DAR CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES Y METAS PERIÓDICAS DESIGNADAS EN EL PLAN DE ACCIÓN, CON BASE EN LAS FICHAS TÉCNICAS Y LINEAMIENTOS DEFINIDOS POR LA SDS.	SE CUMPLE CO META Y ACTIVIDADES ESTIPULADAS EL PLAN DE ACC PARA LA VIGENCIA
PARTICIPAR EN LA PLANEACIÓN, DIRECCIONAMIENTO TÉCNICO Y EJECUCIÓN DE LAS JORNADAS LOCALES Y DISTRITALES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DEFINIDO POR LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD Y LA SUBRED.	NO APLICA
DESARROLLAR ACCIONES DE CONTROL SOCIAL, INFORMACIÓN, SENSIBILIZACIÓN Y EDUCACIÓN, SEGUIMIENTO A LA CANALIZACIÓN.	NO APLICA
GENERAR INCIDENCIA EN LA REDUCCIÓN DEL DAÑO Y GESTIÓN FRENTE A PROBLEMÁTICAS DE SALUD IDENTIFICADAS, IMPLEMENTAR ACTIVIDADES LÚDICO-PEDAGÓGICAS PARTICIPATIVAS PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES Y EMPODERAMIENTO EN PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SALUD.	NO APLICA

CONSOLIDAR Y FORTALECER GRUPOS DE LÍDERES PARES FORMADOS SEGÚN NECESIDADES PRIORIZADAS EN SALUD E INCLUSIÓN. FORTALECER LAS CAPACIDADES DE AUTOGESTIÓN Y LIDERAZGO DE PERSONAS, COLECTIVOS GRUPOS, ORGANIZACIONES Y REDES COMUNITARIAS PARA IMPULSAR LOS EJERCICIOS PARTICIPATIVOS Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL POR EL DERECHO A LA SALUD.	NO APLICA
REALIZAR AJUSTES DE MANERA OPORTUNA CUANDO SEAN REQUERIDOS ACORDE A LAS PREAUDITORIAS DEL REFERENTE DEL ESPACIO ASIGNADO. REALIZAR ENTREGA OPORTUNA Y CON CALIDAD DE INFORMES REQUERIDOS.	SE REALI AJUSTES REVISIÓN DE SOPORTES, ACUERDO A L SOLICITADO P LA COORDINACIÓ
ALISTAR SOPORTES Y PRESENTAR AUDITORÍAS PROGRAMADAS TANTO DE LA ESE COMO DE LA FIRMA AUDITORA O SDS, ENTES DE CONTROL. ASUMIR EL 100% DE GLOSA GENERADA POR LA FIRMA INTERVENTORA AL DETERMINAR INCONSISTENCIAS EN SOPORTES Y/O ACCIONES DE CALIDAD, OPORTUNIDAD, O DE OTRA ÍNDOLE EN LA QUE TENGA RESPONSABILIDAD EL CONTRATISTA. (INCUMPLIMIENTO DE META, INCONSISTENCIA EN SOPORTES, ENTRE OTRAS).	SE ENTREGAN SOPORTES DE MANERA OPORTUNA SEGUN SOLICITUD DE COORDINACIÓ

Copia Certificada
Subred Suroccidente

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occid

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021