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:	ANGIE PAOLA MEDINA AMADO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001941015	
CORREO ELECTRONICO:	payismedina1@gmail.com				CELULAR:	3123932534	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U. ESP UNIDAD DE RECIÉN NACIDOS BASICO USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10J09	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24114921336				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	3220			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	79277	FECHA	2024-12-15 23:00:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-12-01		2024-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,840,400				
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:	$25,910,760
VALOR EJECUTADO	$24,427,440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,840,400
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,483,320
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
1068064604	$1,110,912	$138,864	$177,746	3	$27,062	$343,672

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

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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
1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades contractuales a desarrollar. -2. Ejecutar con criterio, acciones dependientes, según tratamiento Médico y de Enfermería. -3. Realizar procedimientos especiales - 4.Velar porque la atención del paciente cumpla con el HO ordenado por el médico tratante. Usuario -5.Participar en la revista y valoración médica de los pacientes del servicio. -6.Preparar y administrar, mezclas, diluciones y medicamentos de los pacientes de acuerdo a las normas establecidas. -7.Revisar Historias Clínicas, actualizar Kárdex, tarjetas de droga, S/normas Institucionales. -8.Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 9. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades -10. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes. -11. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados. 12. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.	-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2-Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3-Preparar paciente para examenes especiales y/o medios diagnosticos 4-Asistir al paciente en sus actividades basicas	Anecdotario 2-Bitacora de procedimientos 3-Bitacora de procedimientos 4-Bitacora de procedimientos
REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 14. Cotejar las anotaciones de enfermería que se han efectuado a los pacientes por parte del grupo de trabajo. -15.Realizar los procedimientos de Enfermería, que ameriten los usuarios, haciendo el Registro correspondiente. -16.Desarrollar y REPORTAR mensualmente todas las actividades acordes con el objeto del Contrato, en coordinación con el interventor del mismo. -17.Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su firma y sello. -18.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción , destrucción, ocultamiento o utilización indebida.	-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente	1-Lista de verificacion
RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 19 .Recibir y entregar turno, obteniendo y dando la información detallada sobre la actividad desarrollada con cada uno de los pacientes.	Realizar recibo y entrega de turno	Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria
RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 20. Atender las necesidades del equipo de trabajo. - 21.Velar por el correcto desarrollo de actividades del equipo de trabajo. -22.Explicar procedimientos administrativos y asistenciales, al paciente y/o familia. -23.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.- 24. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-25. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.	1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio	1-Bitacora y/o lista de verificacion
EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 26. Aplicar los principios de técnica aséptica.- 27. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos corporales. -28. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según su actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento.	1-Usa los elementos de proteccion personal 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente	1-Anecdotario 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion
MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 29. Preservar el buen funcionamiento de los equipos y elementos del servicio, manteniendo con ellos el registro de mantenimiento. -30. Revisar las necesidades del servicio y mantener los elementos adecuados.-31. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. -32.Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.-33. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función.-34. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-35.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.	1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados	1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad
CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 35. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 36. Identificar necesidades de capacitación detrás de su grupo de trabajo, promoviendo capacitaciones internas en su área.	1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK	1-Formato de asistencia de capacitacion

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DIANA RODRIGUEZ
52262971
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:

ANGIE PAOLA MEDIA AMADO

C.C 1001941015 DE BOGOTÁ

La suma de dos millones ochocientos cuarenta mil cuatrocientos pesos ($2.840.400), por concepto de: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA DE LA UNIDAD DE RECIEN NACIDOS DE LA UNIDAD DE KENNEDY. Durante el periodo de 1 al 31 de DICIEMBRE, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3220-2024.



C.C 1001941015 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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 febrero paola.pdf	cuenta febrero paola.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Documentos Cuenta Marzo Paola.pdf	Documentos Cuenta Marzo Paola.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA PAOLA ABRIL.pdf	CUENTA PAOLA ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO.pdf	CUENTA MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JUNIO.pdf	CUENTA JUNIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO.pdf	CUENTA JULIO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO AGOSTO PAOLA.pdf	CUENTA COBRO AGOSTO PAOLA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE.pdf	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO OCTUBRE PAOLA (1).pdf	CUENTA COBRO OCTUBRE PAOLA (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO NOVIEMBRE PAOLA.pdf	CUENTA COBRO NOVIEMBRE PAOLA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

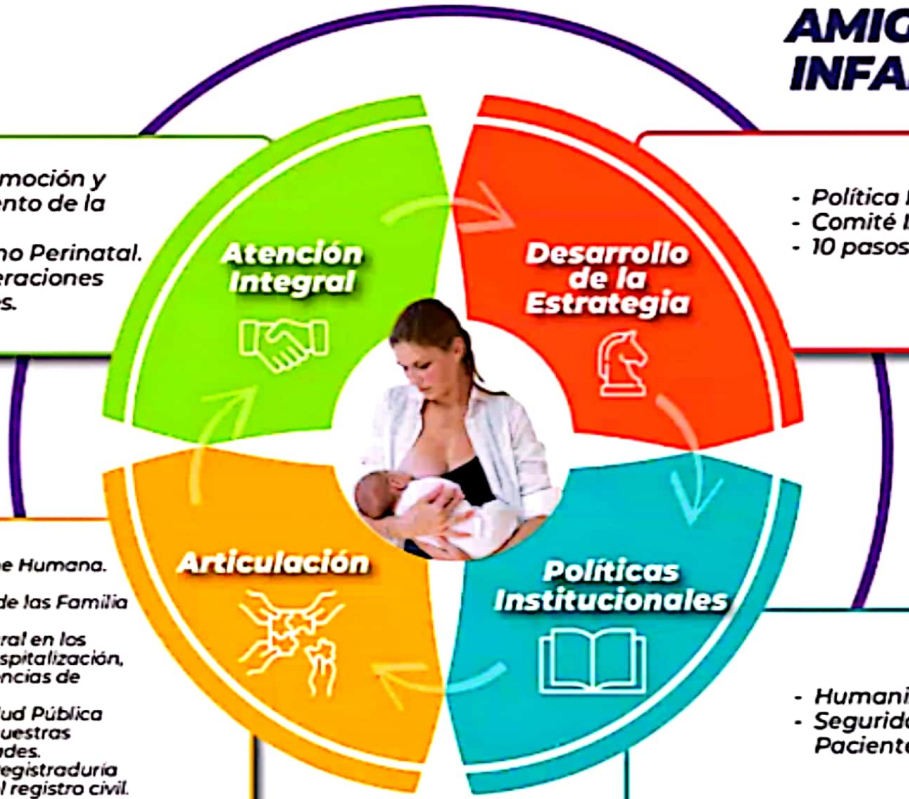
Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Nuestro **Tema Corporativo**

ESTRATEGIA INSTITUCIONE AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA INTEGRAL - IAMI



- *Ruta de promoción y Mantenimiento de la Salud.*
- *Ruta Materno Perinatal.*
- *Ruta de alteraciones nutricionales.*

- *Política IAMII.*
- *Comité IAMII.*
- *10 pasos.*

- *Banco de Leche Humana.*
- *Plan Canguro.*
- *Salas Amigas de las Familia Lactante.*
- *Atención integral en los servicios de hospitalización, cirugías y urgencias de pediatría.*
- *Equipos de Salud Pública que recorren nuestras cuatro localidades.*
- *Oficina de la Registraduría para facilitar el registro civil.*

- *Humanización.*
- *Seguridad del Paciente.*

Pilares

Integralidad
Continuidad
Calidad

Enfoques

Integral
Diferencial
Diverso

Grupos de apoyo:

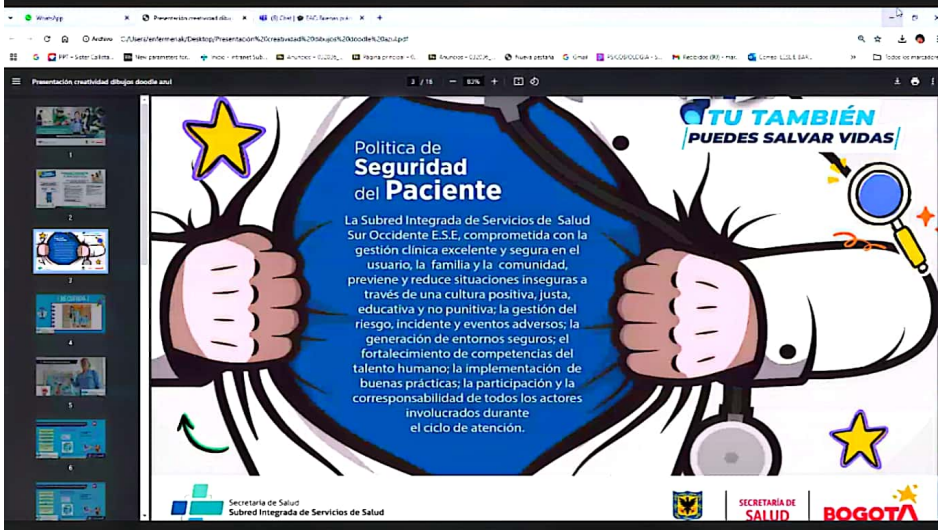
- ***Todos los colaboradores.***
- *Banco de leche humana.*
- *Programa Madre Canguro.*
- *Salas Amigas.*
- *Equipos de servicios de hospitalización y cirugía ginecológica.*
- *Equipos para la atención hospitalaria y de urgencias pediátricas.*
- *Además los equipos de salud pública y convenio atención médica en casa.*

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

15

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOT

Escaneado con CamScanner



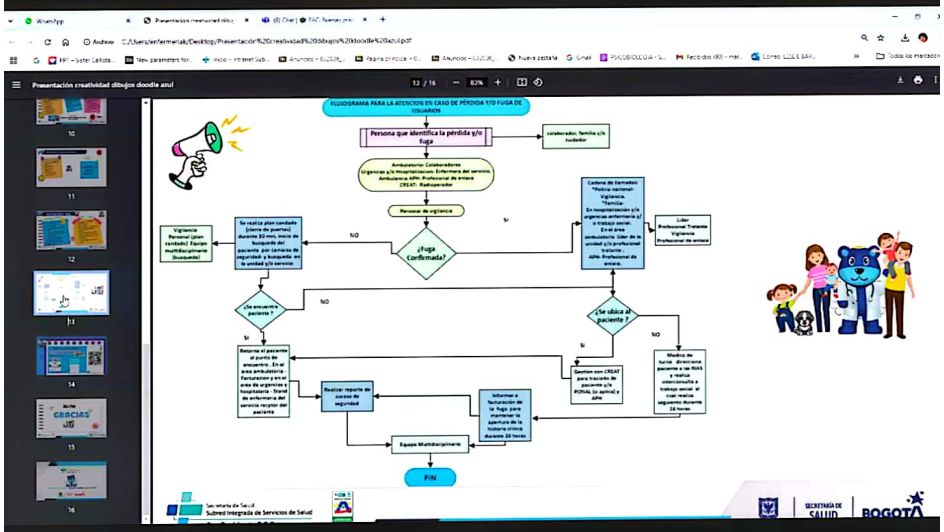
Ana Leonor (No comprobado)

read.ai ...

Doris Ya...

Ana Leono...

Escaneado con CamScanner



Ana Leonor (No comprobado)

read.ai ...

Doris Ya...

Ana Leono...

Escaneado con CamScanner



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

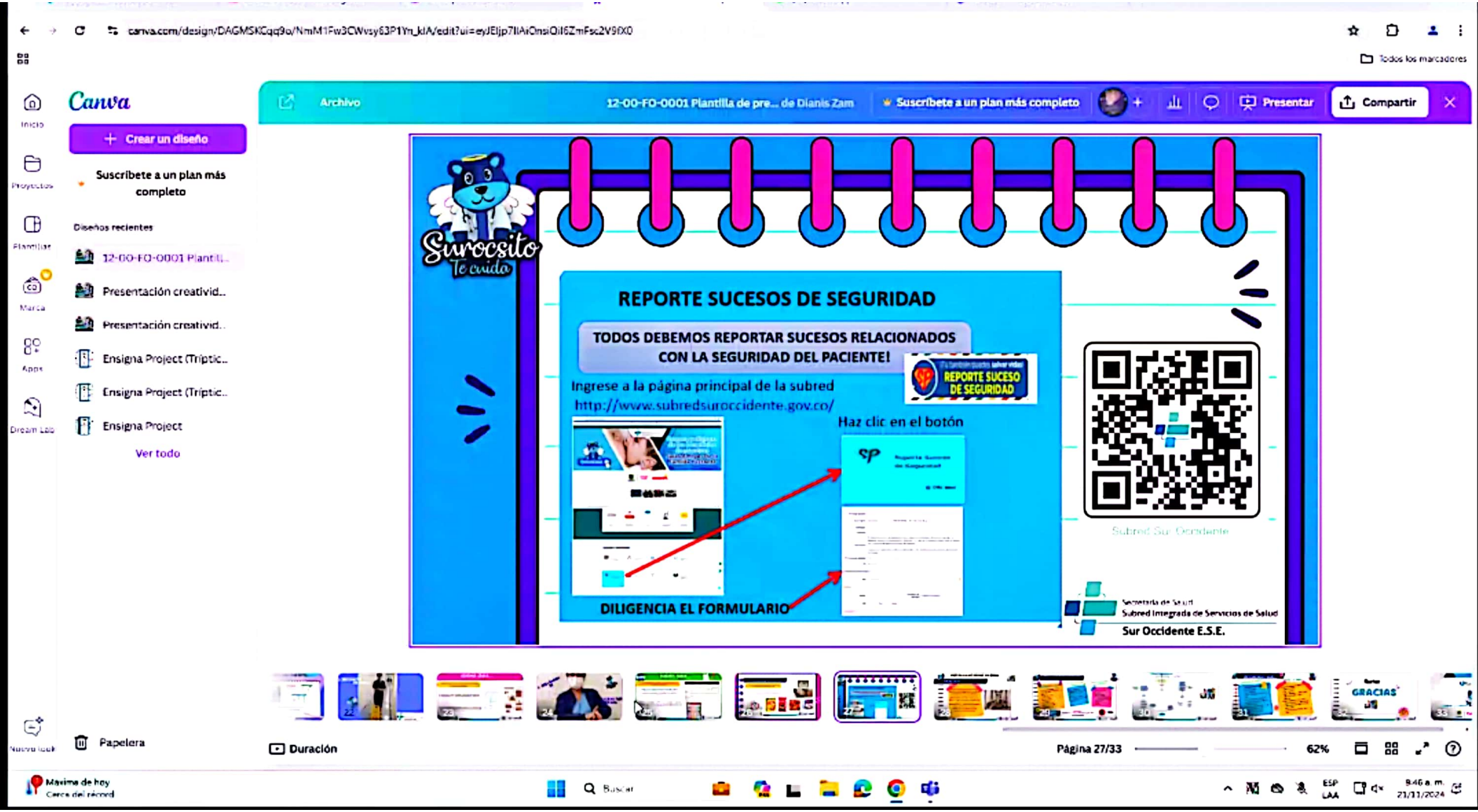
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA NANDA
DEFINICION:

Proceso estandarizado usado como instrumento que permite integrar un marco teórico de identificación de problemas, intervenciones y resultados en los cuidados de enfermería.
Usado como herramienta de trabajo que permite a la enfermera prestar cuidados de manera lógica, racional y sistemática

Escaneado con CamScanner



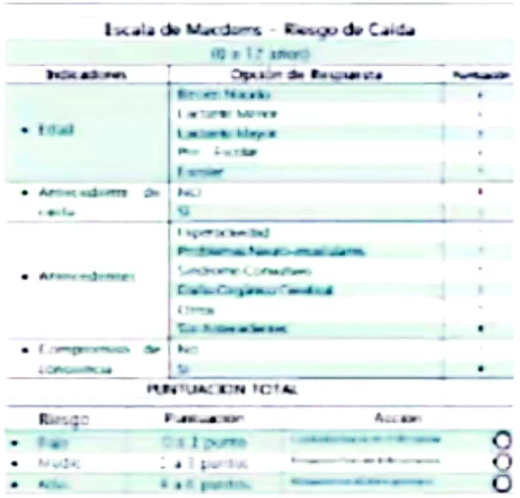
Escaneado con CamScanner

DEBEMOS SABER.....

VALORACIÓN DEL RIESGO EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Se debe realizar diligenciamiento de escala de riesgo de caída MACDEMS(pediátrico), DOWNTON (adulto) por profesional o técnico de enfermería en los siguientes momentos:

Ingreso y traslado entre los servicios (urgencias, hospitalización)
Una vez al dia en el turno de la noche(antes de la media noche)
Cuando se presente alteración o cambios en el estado de salud





Escaneado con CamScanner

DEBEMOS SABER....

VALORACIÓN DEL RIESGO EN URGENCIAS Y HOSPITALIZACIÓN

Se debe realizar diligenciamiento de escala de riesgo de UPP (Braden(adulto) y Braden Q (pediátrico) por profesional o técnico de enfermería en los siguientes momentos:

- Ingreso y traslado entre los servicios (urgencias, hospitalización) Una vez al dia en el turno de la noche(antes de la media noche) Cuando se presente alteración o cambios en el estado de salud

ESCALA BRADEN Q

MOVILIDAD	1 - Completamente inmóvil	2 - Muy limitada	3 - Ligeramente limitada	4 - Sin limitaciones
ACTIVIDAD	1 - Encamado	2 - En silla	3 - Camina ocasionalmente	4 - Todos los pacientes deambulan pueden para caminar O camina frecuentemente
PERCEPCIÓN SENSORIAL	1 - Completamente limitada	2 - Muy limitada	3 - Ligeramente limitada	4 - Sin limitaciones
HUMEDAD	1 - Piel constantemente humeda	2 - Piel muy humeda	3 - Piel ocasionalmente humeda	4 - Piel raramente humeda
FRICCIÓN Y CIZALLAMIENTO	1 - Problema significativo	2 - Problema	3 - Problema potencial	4 - Sin problema aparente
NUTRICIÓN	1 - Muy pobre	2 - Inadecuada	3 - Adecuada	4 - Excelente
PERFUSIÓN TISULAR Y OXIGENACIÓN	1 - Muy comprometida	2 - Comprometida	3 - Adecuada	4 - Excelente



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

SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

microsoft365.com/?auth=2

Todos los marcadores

Buscar

Ahora puede administrar sus archivos en OneDrive. Más información

Le damos la bienvenida a Microsoft 365

Instalar y mucho más

Inicio

Copilot

Crear

OneDrive

Aplicaciones

Recomendados

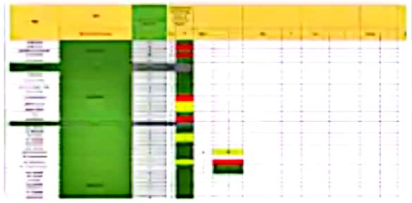
La reunión va a llegar
Comienza en 8 min

Mesa equipo primario RHB
8:00 - 12:00
Auditorio USS Tintal

Unirse

nilsoncoycoy@gmail.com lo ha editado
ayer a las 17:40

TABLERO DE CONTROL SEGURIDAD PACIENTE SU...



Esto podría ayudar con una próxima reunión
4h

RESOLUCIÓN 0470 DE 2024 - COMITE TECNOVIGI...

Lady Johanna Cardenas Bernal lo ha edita...
7 nov

Acta comité Seguridad de paciente Octubre 2024 1



Acceso rápido

Todos | Abierto recientemente | Compartido | Favoritos | +

Cargar

TABLERO DE CONTROL SEGURIDAD PACIENTE SUBRED 2024	Hace 40 minutos	nilsoncoycoy@gmail.com lo ha editado
Informe adherencia a buena practica cirugia 2024	Hace 9 horas	

EUR/COP -0,21%

Buscar

ESP LAA

10:02 a. m. 21/11/2024

Escaneado con CamScanner

EL COMITÉ DE ÉTICA HOSPITALARIA DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE

Treinta y dos años de historia

1992-2024



Luis María Murillo Sarmiento MD,
USS Kennedy

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

20.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Escaneado con CamScanner

Consentimiento informado

A través del consentimiento un paciente mentalmente competente es informado por un profesional de salud con total conocimiento en la materia sobre la naturaleza, beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que se le piensa practicar, permitiéndole decidir si acepta o rechaza la alternativa propuesta. Realizado el proceso, se hace constar por escrito en un formato establecido por la institución de salud. En caso de que el paciente no cuente con facultades plenas la aceptación la hará el familiar, allegado o representante responsable.

Escaneado con CamScanner

Disentimiento informado

Es la manifestación expresa de la **negación** por parte del paciente, o en su defecto de sus familiares o apoderado, para la realización de procedimientos clínicos, terapéuticos y demás conductas clínicas necesarias para el manejo de su salud.



Escaneado con CamScanner

Consentimiento informado

SITUACIONES ESPECIALES Y EXCEPCIONES

La Corte Constitucional ha establecido que la edad no configura un criterio absoluto para definir la autonomía en la toma de decisiones médicas de las menores de edad, sino una guía para establecer su madurez. Así, pueden consentir tratamientos e intervenciones relacionadas con su salud



Son excepciones al consentimiento:

- Rechazo al derecho de información
- Urgencia vital
- Incapacidad parcial o total del paciente
- Razones de salud pública
- Decisión judicial

Escaneado con CamScanner

NUEVOS CONSENTIMIENTOS

SE DEBEN UTILIZAR SOLO CONSENTIMIENTOS DE LA SUBRED Y SIEMPRE LOS ACTUALIZADOS.

IDENTIDAD

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN E INVESTIGACIÓN**	Versión:	**2**	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	**12/07/2022**	
		Código:	**05-02-FO-0012**	

IDENTIFICACIÓN

Fecha: _____ Paciente: _____ Historia clínica: _____

Edad ____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Etnia _____ Credo _____

Tipo de documento de identificación _____ Número _____

Subred Suroccidente Unidad _____ Servicio: _____

Escaneado con CamScanner

CONSENTIMIENTO O DISENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible para mí, cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. He entendido que el equipo de salud se compromete a poner todo su saber, experiencia y criterio, sumado a la tecnología disponible en la institución para obtener el mejor de los resultados.

Expuesto lo anterior CONSIENTO ____ NO CONSIENTO ____ la realización del examen indicado.

Expuesto lo anterior CONSIENTO ____ NO CONSIENTO ____ que la información y el presente estudio sean usados con fines académicos e investigativos en las condiciones en que me fueron explicadas.

PACIENTE

Firma_____
Nombre_____
CC. N°_____

O REPRESENTANTE LEGAL

Firma_____
Nombre_____
CC. N°_____

PROFESIONAL DE SALUD

Hago constar que el paciente entendió las explicaciones y resolvió las dudas respecto de su procedimiento.

Firma _____
Nombre _____
Registro profesional. N° _____

USO DE HUELLA DACTILAR POR ANALFABETISMO O INVIDENCIA: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

PACIENTE

Nombre_____
CC. N°_____

ACUDIENTE O TESTIGO

Firma_____
Nombre_____
CC. N°_____

Escaneado con CamScanner

11:13 forms.office.com/p 10

La respuesta se ha enviado.

Algo importante que puede hacer a continuación

Guardar mi respuesta

Enviar otra respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →

Escaneado con CamScanner

ADHERENCIA A LOS PROTOCOLOS DE LA INSTITUCIÓN

Se ha registrado tu respuesta.

Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. Denunciar abuso - Términos del Servicio - Política de Privacidad

Google Formularios

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-10, 06:43:43 P. M. Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1068064604

Periodo Cotización: noviembre de 2024 Periodo Servicio: noviembre de 2024 Referencia pago 8810409449

PAGADA 09/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGIE PAOLA MEDINA AMADO		
Documento	CC1001941015	Dirección	CR 87K #69 A - 69 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3123932534
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1001941015	ANGIE PAOLA MEDINA AMADO	59	0																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$1.300.000	$208.000	(EPS010) EPS SURA	$1.300.000	$162.500	2.436	$1.300.000	$31.700	(CCF24) COMPENSAR CCF	$1.300.000	$26.000	$0	$0	$0	$0	$428.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades,licencias,saldos a Favor)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$1.300.000	$208.000	$162.500	$31.700	$26.000	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$428.200	$1.300	$429.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1001941015
NOMBRES	ANGIE PAOLA
APELLIDOS	MEDINA AMADO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	29/09/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	12/11/2024 22:02:35	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual

fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA