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 1012366190		BUITRAGO HERRERA LEIDY MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 22 C # 45 C 24	SOACHA-CUNDINAMARCA	7233220	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1255347620	9481196509	I	2025/02/21	2025/02/10	NEQUI	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	1012366190 BUITRAGO LEIDY	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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 1012366190		BUITRAGO HERRERA LEIDY MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 22 C # 45 C 24	SOACHA-CUNDINAMARCA	7233220	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1255347620	9481196509	I	2025/02/21	2025/02/10	NEQUI	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

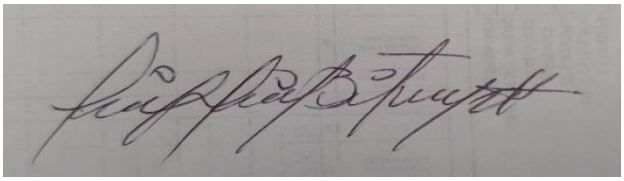
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
LEIDY MARISOL BUITRAGO HERRERA

C.C 1012366190 DE BOGOTA

La s u m a de MILLON NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE. ($1.925.844) 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 FEBRERO 2025 al 28 de FEBRERO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 628-2025.



LEIDY MARISOL BUITRAGO HERRERA

C.C 1012366190 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24123291154

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:	Leidy Marisol Buitrago Herrera						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012366190	
CORREO ELECTRONICO:	leidybuitrago7@gmail.com				CELULAR:	3143669030	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OTROS ENFERMERIA PORVENIR				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA34N04	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24123291154				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4660			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	4851	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-01-01		2025-01-31			
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
9479704553	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. 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
1. 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.	brindar un servicio de salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento deacuerdo a la ruta de py d que pertenesca	seguimiento y registro en el aplicativo pai distrital y pai web de vacunas aplicadas
2. Brindar información al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida.	se recibe cada paciente atendido por los diferentes profesionales con el fin de orientacion e indicaciones respectivas de acuerdo a cada programa. Y SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA DEPENDIENDO DE CADA CICLO VITAL	se brinda informacion al usuario sobre reacciones adversas posteriores a la vacuna se registra patologías al registro diario de Vacunacion. de vacunacion.
3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interés en salud pública con la debida practica.	se realiza la notificacion debido a cada proceso segun lo captado por parte del profesional y su reporte semanal	registro en plataforma de sivigila y corrreo indicado.
4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo.	se hace participacion de la reunion mensual de COVE local de sivigila segun programacion	Registro en lista de asistencia y acta
5. 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 mi actividad	Registro en actas y en aplicativo diario de Vacunacion
6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales.	garantizar una atencion oportuna al usuario teniendo en cuenta los protocolos a seguir y normas de bioseguridad	registro de consentimientos informados, Vacunacion regular, vacunación covid y vacunacion vph
7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papeleria e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta.	se deja en cada consultorio papeleria suficiente segun plan de contingencia en caso de no tener sistema para elaboracion de historias clínicas manuales	se deja formato para la entrega de papeleria para plan de contingencia
8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomédicos.	mantener los productos para su respectiva limpieza y desinfeccion, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso a diario.	registro en formato de limpieza y desinfeccion
9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	participo en las reniones de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	actas, reuniones, firmada en cada actividad
10. 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	registro por medio de actas en reuniones
11 Conocer v aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y específicos.	realizar registro en libros de ´programa y en aplicativo PAI DISTRITAL para dejar constancia de seguimiento realizado ya sea telefonico o presencial	registro en historia aplicativo pai distrital
12. 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 el apoyo oportuno durante la prestación del servicio	registro en historia clinica en el formato diario de aplicación de biológicos (SIS)
13. Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.SE	participo en os procesos de habilitacion y acreditacion que se presenten en la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E	asistencia a capacitaciones de acreditación, realizo los cursos virtuales según indicación del líder
14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	estar presto ala necesidad de la unidad en el momento que se requiera apoyo de acuerdo al perfil contratado	registro en historia clínica el aplicativo diarios sis, aplicativo pai distrital y sucesos de seguridad en almera
15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado.	participo en la actializacion de procesos y procedimmientos inherentes a mi cargo	actas, reuniones, firmada en cada actividad
16. Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el articulo 50 de la ley 783 de 2002.	realizo pago mensual de los aportes requeridos, adjuntando planilla de pago como soporte ante el aplicativo	registro en aplicativo suresoc
17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	registro en aplicativo suresoc	registro subidas de vacuna aplicadas a pai distrital y a pai web.

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