DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 1/2025
LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD
SUROCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELISA ISABEL NIÑO LADINO
C.C 52315099 DE BOGOTA

La suma de UN MILLON NOVECIENTOS VENTICINCOMIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE) $1.925.844 por prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Gestión del Riesgo en salud, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo del 1 al 28 de febrero 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 955-2025.



ELISA ISABELNIÑO LADINO
C.C 52315099 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS
BANCOLOMBIA NÚMERO:91233546114

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	52315099	ELISA ISABEL NIÑO LADINO	calle 57 b 78 h 37 sur	3178644594	elisanino40@gmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	84105897	$440.500	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

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	52315099	ELISA ISABEL NIÑO LADINO		calle 57 b 78 h 37 sur	3178644594	elisanino40@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.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	84105897	$440.500	

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	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	52315099	NIÑO LADINO ELISA ISABEL	59	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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:	Elisa Isabel Niño Ladino						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52315099	
CORREO ELECTRONICO:	elisanino40@gmail.com				CELULAR:	6015103313	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD USS PABLO VI BOSA				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA16U01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91233546114				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	955			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15890	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-02-01		2025-02-28			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,925,844						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$7,703,376
VALOR EJECUTADO	$1,925,844
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,777,532
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
84105897	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Mónica María Peña Osorio
52960209
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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. REALIZAR SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS INSCRITOS EN LAS RIAS ASIGNADAS,	1.SE REALIZA SEGUIMIENTO EN LA UNIDAD VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS PARA EL CONVENIO	1.SE REALIZA SEGUIMIENTO TELEFÓNICO Y VERIFICACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS PARA AGENDAMIENTO DE PACIENTES.
2. REALIZAR BÚSQUEDA ACTIVA, DEMANDA INDUCIDA Y CANALIZACIÓN DE LOS USUARIOS ASIGNADOS A LAS DIFERENTES ACTIVIDADES SEGÚN FRECUENCIAS DE USO CONTENIDAS EN LAS RIAS.	2.REALIZAR SEGUIMIENTO POR DINAMICA, VERIFICAR SU ASISTENCIA A CONSULTA Y LLAMAR Y AGENDAR SUS CITAS PARA INGRESARLOS A LA RUTA	2. REALIZAR SEGUIMIENTO POR DINÁMICA, VERIFICAR SU ASISTENCIA A CONSULTA Y LLAMAR Y AGENDAR SUS CITAS PARA INGRESARLOS A LA RUTA.
3. REALIZAR SEGUIMIENTO A LA ADHERENCIA DE LOS USUARIOS A LAS RIAS MEDIANTE LA EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESTABLECIDAS POR CURSO DE VIDA A TRAVÉS DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN ESTANDARIZADOS POR LA SUBRED.	3.ADHERIR A LA RUTA EL USUARIO QUE NO ESTA CAPTADO POR EL CONVENIO REALIZARLE AGENDAMIENTO DE CITA Y ESTAR EN SEGUIMIENTO	3. SE REALIZA EL SEGUIMIENTO Y AGENDAMIENTO A LOS USUARIOS, PDF ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO Y ENTREGADO A LÍDER DE RUTA.
4. DILIGENCIAR OPORTUNAMENTE A TRAVÉS DE LAS RUTAS INTERNAS ESTABLECIDAS LA ENTREGA DE USUARIOS SEGÚN DIAGNÓSTICOS DE RIESGO IDENTIFICADOS A LAS DIFERENTES RIAS.	4. • REALIZAR SEGUIMIENTO POR MEDIO DEL PROGRAMA DINAMICA CONSIGNADOS EN LA BASES DADAS, REALIZAR AGENDAMIENTO DE CITA Y REALIZAR VERIFICACION	4. IDENTIFICACIÓN OPORTUNA DE LOS RIESGOS DE LOS USUARIOS PARA DURANTE LAS LLAMADAS Y SEGUIMIENTO TELEFÓNICO.
5. DILIGENCIAR CON CALIDAD Y OPORTUNIDAD LAS DIFERENTES BASES, ARCHIVOS Y SOFTWARE INSTITUCIONALES DESIGNADOS PARA LA CONSIGNACIÓN DE LAS ACTIVIDADES Y GESTIONES REALIZADAS.	5. HACER ENTREGA DE BASES Y DARLE CUMPLIMIENTO OPORTUNO CON CALIDAD PARA LOS INFORMES CON EL CONVENIO	5. ACTUALIZACIÓN PERMANENTE DE LAS COHORTES DE LAS RIAS O CONTRATOS SEGÚN LAS INSTRUCCIÓN INSTITUCIONALES
6. INFORMAR OPORTUNAMENTE A LOS LÍDERES DE RIAS CORRESPONDIENTE, LOS HALLAZGOS Y DIFICULTADES ENCONTRADOS DURANTE EL SEGUIMIENTO, RELACIONADOS CON LA GESTIÓN DEL RIESGO DE LOS (BARRERAS DE ACCESO).	6. REALIZAR ABORDAJE TELEFONICO A USUARIOS PARA AGENDAR CITAS	6. ACTA Y/O CORREO DANDO A CONOCER LAS POSIBLES BARRERAS DE ACCESO A LAS DIFERENTES DIRECCIONES O EAPB SEGÚN CORRESPONDA.
7. EJECUTAR LAS ACCIONES PROGRAMADAS POR LÍDER PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA.	7.ESTAR ACTUALIZANDO LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES A RIAS	7. ACTAS DE REUNIONES DE EQUIPO Y SEGUIMIENTOS DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES Y /O METAS PROPUESTAS.
8. ACTIVIDADES CONCERNIENTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA MISIÓN ,VISIÓN Y METAS INSTITUCIONALES	8. REALIZAR ABORDAJE A POBLACIONY ASIGNAR LOS SERVICIOS REQUERIDOS SEGÚN NECESIDAD	8. CUMPLIMIENTO DE METAS Y/O ACCIONES PROGRAMADAS.

Mónica María Peña Osorio
52960209
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 Controlada Subred Suroccidente