PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-04-28, 01:22:42 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1071170507

Periodo Cotización: marzo de 2025 | Periodo Servicio: marzo de 2025 | Referencia pago 8822982049

PAGADA 11/04/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO		
Documento	CC51951387	Dirección	CARRERA 72C # 7F 14
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3112594133
Tipo Persona	NATURAL	Forma	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	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días PBH	Días PBS	Días IRP	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 Mineducación	Total
CC 51951387	EDITH YOLIMA CASTILLO LOZANO	59	0																	0	30	30	(59-14) COLPENSIONES	$1,473,120	$238,700	EPSC04 COMFENSAR EPS	$1,473,120	$184,300	0.430	$1,473,120	$39,500	CCF04 COMFENSAR CCF	$1,473,120	$23,800	$0	$0	$0	$0	$486,300

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,Ices cias,saldos a Favor] EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$1,473,120	$1,473,120	$1,473,120	$1,473,120	$238,700	$184,300	$39,500	$23,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$485,300	$0	$485,300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 648 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!

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

Pendiete

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
		Fecha de aprobación	2/15/2018
		Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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 PVD 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	804			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15748	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-03-01		2025-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,682,800				
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:	$17,731,200
VALOR EJECUTADO	$7,365,600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,682,800
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$10,365,600
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	42%

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
1071134484	$1,473,120	$184,140	$235,699	3	$35,885	$455,724

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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 adecuadamente los instrumentos según cada actividad	Se diligenciaron adecuadamente los instrumentos según cada actividad
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 anormalias de la prestación del servicio	Se reportaron las anormalias	Se informó lo requerido
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividadesa las instacias 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.	Protocolo para prevencion ya etncion en fuga de pacientes	Protocolo para prevencion ya etncion en fuga de pacientes
Realizar el ejercicio de autocontrol. autoregulación 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 desarrollo acciones preventivas y / o correctivas	Se desarrollo acciones preventivas y / o correctivas
Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales.	Se asistió al medico	Se asistió al medico
Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física. psicológica o clínica que comprometa la salud del paciente.	Se informo a medico situacion de paciente	Se informo a medico situacion de paciente
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 realizaron actividades pertinentes para cumplir la meta	Se realizaron actividades pertinentes para cumplir la meta
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 aplica	No aplica
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
Participar en la supervisión de los servicios de vacunacion de las sedes que le sean asignadas	Se supervisa vacunacion	Se supervisa vacunacion
Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias.	Se reemplanza inasistencias	Se reemplaza inasistencias

Copia Certificado
Subred Sur Occidente

JAIME HUMBERTO CASTILLO
19319518
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



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 **30/04/2025**.

RELACION DE CUENTAS 236366

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
236366	804	2025-03-01 / 2025-03-31	$7,365,600	$3,682,800	41.54	$10,365,600	APROBADA	
227526	804	2025-02-01 / 2025-02-28	$3,682,800	$3,682,800	25	$11,048,400	APROBADA	
225209	2644	2025-01-01 / 2025-01-31	$39,923,629	$3,313,962	100	$0	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 $ 3.682.800 Tres millones seiscientos ochenta y dos mil ochocientos pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como Enfermera con un total de 186 horas, a $ 19.800 hora, durante el periodo de 01 al 30 Marzo de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 804-2025

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