# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51943840 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 6TA 30 27 SUR | TELÉFONO: | 9065856 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | 4319036561 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS: | MES | enero | AÑO | 2020 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | enero | AÑO | 2020 |
| DIAS DE MORA: | 0 | | | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2020/02/10 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | 9998944892 | | | | | | |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 192.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 192.000 | $ 0 | $ 192.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 192.000 | $ 0 | $ 192.000 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 150.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 150.000 | $ 0 | $ 0 | $ 150.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 150.000 | $ 0 | $ 0 | $ 150.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 29.300 | $ 29.300 | $ 0 | $ 0 | $ 29.300 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 29.300 | $ 0 | $ 0 | $ 29.300 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 51943840 | BOLIVAR MALAGON GLORIA CONSUELO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 1.200.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.200.000 | $ 192.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 192.000 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.200.000 | $ 150.000 | $ 0 | $ 150.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.200.000 | $ 51943840 | $ 29.300 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 371.300 |
|---|---|

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# RECIBO PARA PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51943840 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GLORIA CONSUELO BOLIVAR MALAGON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CR 6TA 30 27 SUR | TELÉFONO: | 9065856 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4327283853** | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4319036561 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2020/02/10 |

## INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

| FECHA LIMITE DE PAGO | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
|---|---|---|---|
| 2020/03/04 | 22 | $ 600 | $ 31.500 |
| 2020/03/05 | 23 | $ 700 | $ 31.600 |
| 2020/03/06 | 24 | $ 700 | $ 31.600 |
| 2020/03/09 | 27 | $ 800 | $ 31.700 |
| 2020/03/10 | 28 | $ 800 | $ 31.700 |
| 2020/03/11 | 29 | $ 800 | $ 31.700 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 16.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 16.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 12.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 12.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 2.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 2.400** |

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.593-1
Calle 96 No. 12-35 Bogota
ORDEN DE SERVICIO DV: 791041
No OS: 88410907761 VANELDHO
Cajero:
Cliente beneficiario:
111263 PILA RECAUDO
Fecha: 04/03/2020 10:12:38
PS Recaudador:
892714 HOSPITAL DE LA SAMARITANA CRA 8 8
Cantidad cuponas: 1
Identificacion: 51943840
Nombre: GLORIA
Apellido 1: BOLIVAR
Apellido 2: MALAGON
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3219286853
Codigo Planilla: 4327283853
Periodo Pago: 2020/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
51943840 $31.500,00
Valor recibido: $31.500,00
Forma de pago: EFECTIVO
Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario, es el unico soporta valido para atender cualquier reclamacion.
Conserve este recibo, es el unico soporta valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente me entregado a Efectivo Ltda. Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion de servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

**$ 31.500**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E | | CÓDIGO:ET-GT-CO FT-003 |
| | MACROPROCESO | ESTRATEGICO | |
| | PROCESO | GESTION DEL TALENTO HUMANO | VERSIÓN:01 |
| | SUBPROCESO | CONTRATACION OPS | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | FORMATO | FECHA: 2016-08-01 |
| | NOMBRE | INFORME Y CUENTA DE COBRO OPS | |

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO OPS: | [illegible] | C.D.P. No: | 11 |
| Proceso al que pertenece: | PROCESO ASISTENCIAL UNIDADES | | |
| Unidad a la que pertenece: | MATERNO INFANTIL | | |
| Nombre del Contratista: | [illegible] | C.C. | [illegible] de [illegible] |
| Fecha Inicio: | [illegible] | Fecha Terminación Inicial: | [illegible] |
| Valor Mensual: | [illegible] | Valor a cancelar: | $7'393.272 |

| MES | VALOR MENSUAL | VRF | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| MES | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NUMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 0 | | | | |
| 1 | FEBRERO | $2'393.272 | $393.000 | 43102701 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| Resumen de contrato: | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|
| | $ 19.184.316 | $ 19.184.316 | $ 2'786.272 | $ 15.918.990 |

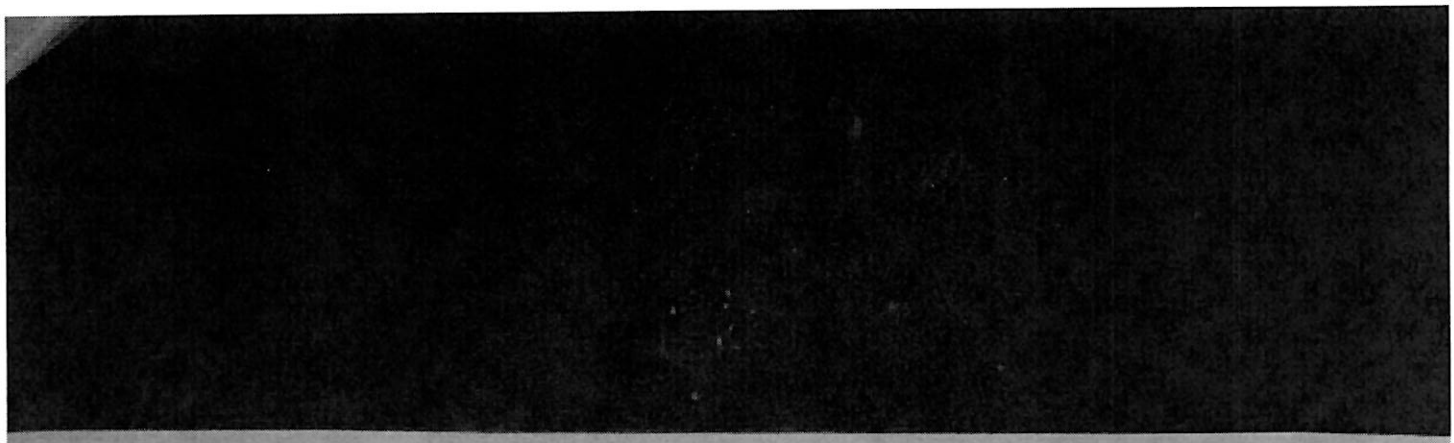
## 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA CON SU CONOCIMIENTO DE ENFERMERIA A FIN DE PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ASISTENCIALES, CONFORME A LAS NECESIDADES DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

| | OBLIGACIONES ESPECIFICAS (de acuerdo con la minuta) | DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO DE CUMPLIMIENTO DE LA RELACIÓN |
|---|---|---|
| 1 | Ejecutar procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran | Ejecuta los procedimientos y cuidados a los pacientes que por su estado crítico así lo requieran |
| 2 | Realizar el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas | Realiza el plan de cuidado diario de enfermería de acuerdo al diagnóstico y necesidades identificadas |
| 3 | Verificar medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten | Verifica medidas preventivas de eventos adversos e identificando riesgos, garantizando la seguridad del paciente y reportando los eventos adversos que se presenten |
| 4 | Administrar medicamentos oportunamente y verificar el cumplido directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores las no evidencias de medicamentos para realizar relevos de intervención | Administra medicamentos oportunamente y verifica el cumplido directo a los pacientes de acuerdo a los protocolos y guías establecidas del servicio utilizando técnicas de asepsia y normas de bioseguridad, e informar al médico tratante y coordinadores las no evidencias de medicamentos para realizar relevos de intervención |
| 5 | Realizar actualización del kardex y turnos de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del | Aporta la supervisión de las actividades del personal auxiliar de enfermería y camilleros, observando que se realicen los procedimientos y llevando registros de enfermería. |
| 6 | Controlar los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio | Realiza actualización del kardex y turnos de medicamentos de acuerdo con las normas establecidas en forma escrita y cada vez que se requiera el cambio del tratamiento del paciente. |
| 7 | Realizar las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. | Controla los suministros y existencias de insumos y medicamentos de los pacientes del servicio |
| 8 | Realizar en el formato correspondiente y las horas y fechas acordadas, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo periodo | Realiza las devoluciones al servicio de farmacia de los medicamentos e insumos por pacientes antes del egreso y diariamente cuando así lo amerite. |
| 9 | Participar en forma activa en la revista médica diaria dando sus aportes según sea el caso | Realiza en el formato correspondiente y las horas y fechas acordadas, los pedidos de elementos e insumos necesarios para los pacientes en su respectivo periodo |
| 10 | Revisar diariamente que los ventiladores, drenajes, barreolas y demás elementos invasivos del paciente que manejan según protocolo y se llevan los registros correspondientes correctamente. | Participa en forma activa en la revista medica diaria dando sus aportes según sea el caso |
| 11 | Realizar la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio | Revisa diariamente que los ventiladores, drenajes, barreolas y demás elementos invasivos del paciente que manejan según protocolo y se llevan los registros correspondientes correctamente. |
| 12 | Participar activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para tomar de conductas que prevengan la propagación e implantación de infecciones en | Realiza la asignación de pacientes a cada auxiliar de acuerdo al número de pacientes, complejidad y de acuerdo a las necesidades del servicio |
| 13 | Responder por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio | Participa activamente en el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la notificación oportuna de informes de los casos o posibles brotes infecciosos para toma de conductas que prevengan la propagación e |
| 14 | Realizar la asignación oportuna de camas para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama | Responde por los inventarios, conservación y uso adecuado de los equipos, elementos e insumos entregados en el servicio |
| 15 | Cumplir con el cronograma de actividades establecido de manera anual con el supervisor del contrato, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio. | Realiza la asignación oportuna de camas para los pacientes que los requieran, realizando los traslados necesarios para tal fin de forma oportuna, colaborando con el giro de cama |
| 16 | Tramitar de forma oportuna exámenes de laboratorio, radiología, valoración especialista y trasladarse con ellos para los pacientes a cargo | Cumplir con el cronograma de actividades establecido de manera anual con el supervisor del contrato, reportando las novedades presentadas por cada paciente asignado y novedades en equipos e insumos del servicio. |



| | | |
|---|---|---|
| 17 | Dar cumplimiento a la Resolucion 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred. | Tramita de forma oportuna examenes de laboratorio, radiologia, examenes especiales y remisiones que requieran los pacientes a cargo.18. Dar cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y al manual de manejo de historia clinica de la Subred. |
| 18 | 0 | 0 |
| 19 | 0 | 0 |
| 20 | 0 | 0 |
| 21 | 0 | 0 |
| 22 | 0 | 0 |

| | |
|---|---|
| **Observaciones:** | Firma del Contratista |
| Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL | C C 51.841.840 de 0 |

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| NOMBRE: | ANA CELIA GARCIA GARCIA |
| CARGO: | ENFERMERA LIDER MATERNO INFANTIL |
| FIRMA | |