Bogotá D.C., Febrero 19 de 2021 RURAL 006 2021

Doctora
NANCY TABARES
Directora de Servicios Complementarios
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Ciudad

19/2/2021 Sticker web
SUBRED SUR ESE
20210351001330 3
Des: NANCY STELLA TABAR
Rem: CENTRO DE CORRESPOND
Folios: 1 Anexos: 14
Fecha 2021-02-19 13:11

Asunto: Entrega de Cuentas de cobro Ruralidad

Reciba un cordial saludo:

De manera atenta se genera relación y entrega de cuentas de cobro de la ruralidad de correspondientes al mes de febrero de 2021;

Nancy Velásquez Morales – 1749
Favio Alonso Vislán Utria – 1722
Ana Milena Baquero Caro – 1787
Doris Stella Villalba Baquero – 1762
Luz Viviana Rodríguez Fonseca - 1756

Queda pendiente la cuenta de cobro del mensajero motorizado Fermey Pérez Bustos con contrato 3081 de 2021, quien se proyectó con honorarios como mensajero urbano y no de ruralidad. Se debe ajustar los honorarios de este contratista quien realiza desplazamientos diarios de más de 3 horas hasta Bogotá Urbana.

Agradezco su atención.

Atentamente:

19 FEB 2021
2:22

JEISSON CASTRO ESPAÑA
Profesional de Enlace Ruralidad
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR – E.S.E.

FUNCIONARIO/CONTRATISTA	NOMBRE	CARGO	SEDE	RED	FIRMA
Proyectado por:	Jeisson Castro España	Profesional de Enlace	Ruralidad	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	DORIS STELLA VILALBA BAQUERO		Cédula:	1022944534			
Correo Electrónico:	dorste_16@hotmail.com		Teléfono(s):	3234326588			
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMJREZ		Cargo:	DIRECTORA DE SERVICIOS COM	Codigo-Grado:	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA		Perfil	PROFESIONAL ENLACE RURALID	No. CTO:	4960-2020	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001762	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	TECNICO AUXILIAR EN SERVICION FARMACEUTICOS				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	RURALIDAD				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Ocultar							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
FARMACIA - USS SAN JUAN DE SUMAPAZ		SAN JUAN DE SUM.	M05NS	186	0	$ 10.885	$ 2.024.610	100,00%
							$ -	
							$ -	
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.024.610	DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1	Febrero	$ 2.024.610
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.073.830	$ 6.073.830	$ 2.024.610	$ 4.049.220

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO AL PERFIL ACORDE CON LA LEX ARTIS,SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E,DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS (SGSS)(SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES.	DISPONIBILIDAD A LA NECESIDAD QUE SE REQUIERA DENTRO DE LA SUBRED	FORMATOS FISICOS MAGNETICOS UTILIZADOS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD.
2	APOYAR LA ELABORACION ,ACTUALIZACION DE FORMATOS,PROTOCOLOS,GUIAS,PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y ADHERIRSE A LOS MISMOS,EN LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD.	SE APLICA FORMATOS DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS ACORDE A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS.	FORMATOS DE HUMEDAD Y TEMPERATURA , LIMPIEZA Y DESINFECCION, DEMANDA INSATISFECHA ETC.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

3	DISPENSAR MEDICAMENTOS Y/O INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS CONFORME ORDEN MEDICA VIGENTE,ASI COMO LLEVAR EL CONTROL Y REGISTRO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL.	SE REALIZA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MEDICOS SOLICITADOS POR LOS PROFESIONALES Y SE REALIZA INFORME MENSUAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL.	FACTURACION DE FORMULAS Y SOLICITUDES POR SERVICIO EN DINAMICA GERENCIAL , ANEXO 13 Y LIBRO DE REGISTRO DE FORMULAS POR PACIENTE.
4	REALIZAR INVENTARIO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DISPONIBLES,ASI COMO LA SEMAFORIZACION DE ESTOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL.	SE REALIZA INVENTARIOS PERIODICOS Y SEMAFORIZACION ACTAULIZADA SEGÚN CORRESPONDA DE MEDICAMENTOS Y INSUMOS	FORMATOS CORRESPODIENTES PARA TOMA FISICA DE INVENTARIOS.
5	REGISTRAR EN KARDEX O DOCUMENTO EQUIVALENTE DEL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL,LOS SUMINISTROS Y DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS.	SE REALIZA ALEATORIAMENTE VERIFICACION DEL KARDEX, ROTACION DE MEDICAMENTOS Y INSUMOS A LAS DISTINTAS AREAS DE SERVICIO O CON OTRAS FARMACIAS.	REGISTRO DE FORMATOS DE ORDENES DE DESPACHO Y ALEATORIOS.
6	VERIFICAR QUE LAS FORMULAS MIPRES,FROMATOS DE CONTIGENCIA Y JUSTIFICACIONES DE NO POS,ESTEN DEVIDAMENTE DILIGENCIAOS (COMPLETITUD,SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)Y ENTREGADOS OPORTUNAMENTE A LA FARMACIA.	VERIFICACION DE FORMULAS DEVIDAMENTE DILIGENCIADAS POR LOS PROFESIONALES EN LOS DISTITOS SERVICIOS	REGISTRO EN DINAMICA GERENCIAL.
7	DAR APLICACIÓN A LA ORIENTACIONES,RECOMENDACIONES Y SOLICITUDES QUE REALICE EL QUIMICO FARMACEUTICO.	SE APLICA LAS RECOMENDACIONES O CAMBIOS DE ACTIVIDADES Y PRTOCOLOS DENTRO DE LA FARMACIA DADAS POR EL QUIMICO FARMACEUTICO	ACTAS DE REUNIONES Y MESAS DE TRABAJO
8	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MENSIONALES.	SE REALIZA OTRAS ACTIVIDADES CORRESPODIENTES AL SERVICIO FARMACEUTICO COMO SOLICITUD DE PEDIDO SEGÚN NECESIDAD, RECEPCION TECNICA Y USO ADECUADO DE EQUIPOS Y ELEMENTOS DE LA FARMACIA	FORMATOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION Y SOLICITUDES EN DINAMICA GERENCIAL

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 929.984
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	2	2021	02	16	48659743		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: NOVECIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	ARL SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	473870126983

Doris Villalba

DORIS STELLA VILALBA BAQUERO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.022.944.534
CC NO CONTRATISTA

JEISSON CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ENLACE RURALIDAD

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

2021-02-12

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	1022944534	DORIS STELLA VILLALBA BAQUERO	VEREDA RAIZAL	3138176360	DORSTE_16@HOTMAIL.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	16/02/2021	48659743	$281.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1022944534	DORIS STELLA VILLALBA BAQUERO		VEREDA RAIZAL	3138176360	DORSTE_16@HOTMAIL.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-02	2021-02	I	16/02/2021	48659743	$281.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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	1022944534	VILLALBA BAQUERO DORIS STELLA	59	0			N																	231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DORIS STELLA VILLALBA BAQUERO	**Nit:**	1022944534
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2021
Número de radicación:	48659743	**Total a pagar:**	$281,200
Fecha de vencimiento:	08/03/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	16/02/2021	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	894627467
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0.00	$22,200
231001	800227940	Colfondos	1		$0.00	$145,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$113,600
						$281,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	NANCY VELASQUEZ MORALES		Cédula:	51973848			
Correo Electrónico:	nancyvelasquezm729@gmail.com		Teléfono(s):	3214907468			
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		Cargo:	DIRECTORA DE SERVICIOS CON	Codigo-Grado:	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA		Perfil	PROFESIONAL ENLACE RURALI	No. CTO:	4960-2020	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001749	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	TECNICO EN AUXILIAR DE CERVICIOS FARMACEUTICOS				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	NAZARETH				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Ocultar							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
FARMACIA - USS NAZARETH		NAZARETH	M05NN	186	0	$ 10.885	$ 2.024.610	100,00%
							$ -	
							$ -	
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 2.024.610	DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 2.024.610
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.073.830	$ 6.073.830	$ 2.024.610	$ 4.049.220

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO AL PERFIL ACORDE CON LA LEX ARTIS,SEGÚN NECESIDAD DE LA SUBRED SUR E.S.E,DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS (SGSS)(SOGC) Y DEMAS NORMAS CONCORDANTES.	SE PRESENTA DISPOSICION EN LA PRESTACION DEL LOS SERVICIOS QUE DISPONGA LA SUBRED SUR, ACATANDO LAS DIRECTRICES IMPARTIDAS POR LOS COORDINADORES DE CONTRATO Y JEFES INMEDIATOS.	ACTAS DE COMPROMISO, INFORMES
2	APOYAR LA ELABORACION ,ACTUALIZACION DE FORMATOS,PROTOCOLOS,GUIAS,PROCEDIMIENTOS DEL SERVICIO FARMACEUTICO Y ADHERIRSE A LOS MISMOS,EN LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD.	SE REALIZA REGISTRO DE DATOS EN LOS FORMATOS ASIGNADOS EN CUMPLIMIENTO A PROTOCOLOS, GUIAS Y PROCEDIMIENTOS.	LISTAS DE CHEQUEO Y ACTAS DE CERIFICACION
3	DISPENSAR MEDICAMENTOS Y/O INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS CONFORME ORDEN MEDICA VIGENTE,ASI COMO LLEVAR EL CONTROL Y REGISTRO ESPECIAL DE MEDICAMENTOS DE CONTROL.	SE REALIZA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DE ACUERDO A LAS SOLICITUDES POR SISTEMA Y FORMULAS DIGITALES VIGENTES.	DINAMICA GERENCIAL

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

4	REALIZAR INVENTARIO DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS DISPONIBLES,ASI COMO LA SEMAFORIZACION DE ESTOS DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL.	SE REALIZA PERIODICAMENTE CONTROL DE FECHAS DE VENCIMIENTO Y ALEATORIOS DE INVENTARIOS E INVENTARIOS PROGRAMADOS POR LA SUBRED SUR DE ACUERDO AL PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL	FORMATOS CONTROL DE FECHAS VENCIMIENTO E INFORMES.
5	REGISTRAR EN KARDEX O DOCUMENTO EQUIVALENTE DEL SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL,LOS SUMINISTROS Y DEVOLUCIONES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS.	SE REALIZA LOS REGISTROS CORRESPONDIENTES A DEVOLUCIONES Y TRASLADOS POR GESTION DE MEDICAMENTOS SEGÚN CORRESPONDA POR FECHAS DE VENCIMIENTO Y NECESIDAD DEL SERVIIC	REPORTES Y REGISTROS EN DINAMICA GERENCIAL
6	VERIFICAR QUE LAS FORMULAS MIPRES,FROMATOS DE CONTIGENCIA Y JUSTIFICACIONES DE NO POS,ESTEN DEVIDAMENTE DILIGENCIAOS (COMPLETITUD,SIN TACHONES NI ENMENDADURAS)Y ENTREGADOS OPORTUNAMENTE A LA FARMACIA.	VERIFICACION DE DATOS CORRECTOS EN FORMULAS DIGITALES Y DE CONTINGENCIA.	FORMULAS MANUALES Y DIGITALES EN DINAMICA GENENCIAL
7	DAR APLICACIÓN A LA ORIENTACIONES,RECOMENDACIONES Y SOLICITUDES QUE REALICE EL QUIMICO FARMACEUTICO.	SE ACATAN INDICACIONES Y DIRECTRICES IMPARTIDAS POR EL QUIMICO FARMACEUTICO.	INFORMES Y CORREOS
8	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL QUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MENSIONALES.	SE ASISTEN A CAPACITACIONES Y DEMAS ACTIVIDADES PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFIL	ACTAS E INFORMES

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.964.648
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	08	48218479		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLFONDOS	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	ARL SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA:	AHORROS	NRO CUENTA	4570182115

NANCY VELASQUEZ MORALES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
51.973.818
CC. NO. CONTRATISTA

JEISSON CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ENLACE RURALIDAD

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTORA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

2021-02-12

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	51973863	NANCY VELASQUEZ MORALES	KR 1 A BIS A NO 76 A 22 SUR	7628647	nancycajero2005@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	08/02/2021	48218479	$299.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51973848	NANCY VELASQUEZ MORALES		KR 1 A BIS A NO 76 A 22 SUR	7628647	nancycajero2005@hotmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	08/02/2021	48218479	$299.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiz. 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	51973848	VELASQUEZ MORALES NANCY	59	0			N																	231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200	CCF24	908.526	18.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Responder Eliminar No deseado Bloquear ...

DAVIVIENDA

B BANCO_DAVIVIENDA@DAVIVIENDA.COM
Vie 5/02/2021 6:58 PM
Para: NANCYCAJERO2005@HOTMAIL.COM

Apreciado(a) NANCY:

Le informamos que se ha registrado el siguiente movimiento de su Cta de Ahorros terminada (o) en ****2115:

Fecha:2021/02/05
Hora:18:57:51
Valor Transacción: $299,400
Clase de Movimiento: Descuento Pago Planilla Unica Internet,
Lugar de Transacción:PSE COMPENSAR-OI

BANCO DAVIVIENDA
AVISO LEGAL : Este mensaje es confidencial, puede contener información privilegiada y no puede ser usado ni divulgado por personas distintas de su destinatario. Si obtiene esta transmisión por error, por favor destruya su contenido y avise a su remitente. esta prohibida su retención, grabación, utilización, aprovechamiento o divulgación con cualquier propósito. Este mensaje ha sido sometido a programas antivirus. No obstante, el BANCO DAVIVIENDA S.A. y sus FILIALES no asumen ninguna responsabilidad por eventuales daños generados por el recibo y el uso de este material, siendo responsabilidad del destinatario verificar con sus propios medios la existencia de virus u otros defectos. El presente correo electrónico solo refleja la opinión de su Remitente y no representa necesariamente la opinión oficial del BANCO DAVIVIENDA S.A. y sus FILIALES o de sus Directivos

Responder Reenviar

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **CO-OPS-FT-11 V6**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	LUZ VIVIANA RODRIGUEZ FONSECA		Cédula:	1033680706			
Correo Electrónico:	vivianarodriguezf@hotmail.com		Teléfono(s):	3214092478			
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ		Cargo:	DIRECTOR TECNICO	Codigo-Grado:	009-05	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA		Perfil	PROFESIONAL DE ENLACE RUR	No. CTO:	4960	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001756	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	RURALIDAD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS MOCHUELO - PASQUILLA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	QUILL							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
FARMACIA - USS MOCHUELO		MOCHUELO	M0SVM	100		$ 10.885	$ 1.088.500	53,76%
FARMACIA - USS PASQUILLA		PASQUILLA	M0SVN	86		$ 10.885	$ 936.110	
							$ -	
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 2.024.610 — **DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS**

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1	Enero	
					72	2	Febrero	$ 2.024.610
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.073.830	$ 6.073.830	$ 2.024.610	$ 4.049.220

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar Servicios de acuerdo al perfil de Auxiliar de farmacia acorde con la Lex Artis,según necesidad de la SUBRED SUR E.S.E,de acuerdo a los principios del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS),Sistema obligatorio de Garantia y calidad (SOGC) y demas normas concordantes.	Se presta servicios como Auxiliar de farmacia a travez de la dispensacion de medicamentos de Manera Ambulatoria,asi como Distribucion de insumos Medico Quirugicos con servicios de calidad y según necesidad de la SUBRERD SUR E.S.E,Realizando las actividades acordes y necesarias de cada Servicio.	SISTEMA/ARCHIVOS FISICOS Y DINAMICA
2	Apoyar la elaboracion,actualizacion de formatos,protocolos,guias,procedimientos del servicio farmaceutico y adherirse a los mismos,en los casos pertinentes garantizando las normas universales de Bioseguridad	Se lleva a cabo el diligenciamiento de los diversos formatos pertenimentes al servicio farmaceutico (Temperatura y Humedad Relativa,Cadena de Frio,Recepciones Tecnicas etc),garantizando asi la adherencia a los procedimientos	SISTEMA/ARCHIVOS FISICOS Y DINAMICA
3	Dispensar Medicamentos y/o insumos Medico Quirurgicos conforme a orden medica vigente,asi como llevar el control y registro Especial de medicamentos de Control.	Se realiza dispensacion de medicamentos al servicio ambulatorio de acuerdo a la formulacion medica de las USS MOCHUELO Y PASQUILLA, asi como los demas centros que integran la SUBRED SUR E.S.E, teniendo encuenta que las prescripciones cumplan con las normas correspondientes para su correcta dispensacion, se realiza entrega de insumos medico quirurgicos a los diferentes servicios de las USS	SISTEMA/ARCHIVOS FISICOS Y DINAMICA
4	Realizar inventarios de Insumos y Medicamentos disponibles,asi como la semaforizacion de estos de acuerdo al procedimiento Institucional.	Se realizan conteos aleatorios de manera mensual con el fin de garantizar igualdad tanto del sistema de informacion vs fisico, se realizo los dias 15 y 16 de febrero, enviando soportes al quimico via correo electronico, asi mismo se cumple con el procedimiento de semaforizacion, con la llegada de cada solicitud.	SISTEMA/ARCHIVOS FISICOS Y DINAMICA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

5	Registrar en Kardex o Documento equivalente del Sistema de informacion Institucional,los insumos y devoluciones de Medicamentos e insumos Medico quirurgicos.	Se realizan devoluciones de acuerdo a la necesidad del servicio quedando registro en sistema de Informacion garantizando claridad en el proceso,como ajuste respectivos para garantizar inventarios	SISTEMA/ARCHIVOS FISICOS Y DINAMICA
6	Verificar que las Formulas MIPRES,Formatos de Contingencia y Justificaciones NO POS esten debidamente diligenciados(completitud,sin tachones ni Enmendaduras) y entregados oportunamente a la Farmacia	No se manejan dichos formatos durante el mes, ya que son entregados directamente al paciente desde medico general	N/A
7	Dar aplicación a las orientaciones,Recomendaciones y Solicitudes que realice el Quimico Farmaceutico	se cumplen con las indicaciones dadas por Quimica Farmaceutica,garantizando la buena comunicación y por ende resultados positivos en el servicio	CORREOS/CARPETAS
8	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales.	Se realizan capacitaciones o ULC para informar o retroalimentar los procesos de cada perfil.	CORREOS/REUNIONES VIRTUALES
9	Realizar la revision del carro de paro, acorde con el procedimiento institucional.	Se reraliza de forma mensual cambiando semaforizacion, desinfeccion y traslado de los medicamentos que se encuentran proximos en vencer	SISTEMA /CARPETA
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.456.938
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	2	2021	02	02	1034734925		
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS		UN MILLON CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS					

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870436278

LUZ VIVIANA RODRIGUEZ FONSECA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.033.680.79[illegible]
CC. NO CONTRATISTA

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

[illegible]
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE ENLACE RURALIDAD

2021-02-12

PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-02, 04:42:55 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034734925

Periodo Cotización: febrero de 2021 **Periodo Servicio:** febrero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8805136850

PAGADO 02/02/2021

RTANTE

	LUZ VIVIANA RODRIGUEZ FONSECA		
	CC1033680706	**Dirección**	TRASV 18 L No 93 a 33 sur
	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7300000
	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
al		**Identificación**	
	1	**ARP**	ARL SURA

PORTANTE

Afiliado			Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
nbres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	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
SUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908,526	$ 145,400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908,526	$ 113,600	2,436	$ 908,526	$ 22,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281,200

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) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - 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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21		
Nombre del Contratista:	FAVIO ALONSO VISLAN UTRIA	Cédula:	1048933893		
Correo Electrónico:	fvislangmail.com	Teléfono(s):	3116652598		
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABAREZ RAMIREZ	Cargo:	DIRECTOR TECNICO	Codigo-Grado:	009-05
Nombre del Supervisor - Contratista:		Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:		Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA	Perfil	PROFESIONAL DE ENLACE RUR	No. CTO:	4960-2020

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	1722-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS NAZARETH				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Ocultar							
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO - USS NAZARETH		NAZARETH	L07NN	186		$ 20.118	$ 3.741.948	100,00%
							$ -	
							$ -	
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 3.741.948	TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 3.741.948
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11.225.844	$ 11.225.844	$ 3.741.948	$ 7.483.896

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios de apoyo profesional en los servicios de Laboratorio clinico, en la toma de muestras y para las pruebas de laboratorio clinico, participando en la elaboracion de guias, manuales y procedimientos propios del servicio, aplicando las guias de manejo y los manuales de procedimientos de la subred sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta.	Se prestan servicios profesionales en la toma de muestras y labortaorio clinico en NAZARETH-SUMAPAZ, para las pruebas de laboratorio clinico, aplicando las guias, manuales y procedimientos propios de los servicios.	TOMA DE MUESTRA: Formato de registro de toma de muestras realizadas por el laboratorio clinico, PRUEBAS DE LABRATORIO: Registro de formatos diarios de las pruebas a realizar y registro de examenes y resultados reportados durante el mes, descargados de la plataforma COMPRONET.
2	Chequear y calibrar oportuna y frecuentemente cada uno de los instrumentos antes de realizar las lecturas y llevar un registro de los procdimientos de calibracion, con el fin de garantyizar los procedimientos metodologicos conforme a los criterios de certificacion y acreditacion vigentes	De manera diaria se chequea y se calibran los instrumentos antes de realizar lecturas.	En la carpeta de REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO, con los siguientes formatos: 1. Registro de mantenimiento humacount automatizador de hematologia,2. Registro de mantenimiento mindray BA-88A Equipo de quimica clinica, 3. Registro de calibracion de quimica clinica, Bitacora de control de calidad interno.
3	Realizar pruebas de control de calidad de los analisis clinicos a fin de garantizar la veracidad, precision y exactitud de los resultados.	Se realizan los controles de calidad internos de manera diaria y de acuerdo a el cronograma paras las evaluaciones de control de calidad externo.	En la carpeta de REGISTRO DE CONTROL DE CALIDAD INTERNO, con los siguientes formatos: 1. Formato de aspecto fisico diario hemoclasificadores 2. control de calidad hemoclasificadores, 3. control de calidad VSG, 4. Registro de calibracion de quimica clinica, 5. Control de calidad para tirillas de orina, 6. Control deiario de VDRL, 7. Control de calidad prueba de embarazo, 8. Control de calidad pruebas rapidas SIF, HIV, HBS, PCR y SAHEC, 9. Seguimiento a pruebas rapidas, 10. Control de calidad a colorantes: Gram, Wright, Parasitologia, Baciloscopias.
4	Responder por el adecuado uso de los equipos, elementos del inventario del servicio, entregados a titulo de prestamo para el desarrollo de las actividades contratadas y elementos de consumo del labortarorio.	Se realiza el mantenimiento diario de todos los equipos biomedicos. Se diligencia el kardex de reactivos por secciones y se realizan los pedidos de insumos mensuales.	Registro de mantenimiento diario de los equipos, Kardex de reactivos; Formato de solicitud de insumos.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

5	Participar en la prestacion integral, oportuna y eficiente del servicio de salud a cargo de la subred en beneficio de las personas que acuden a sus instalaciones, con el pleno cumplimiento del Sistema Obligatorio De Garantía De La Calidad.	Prestar servicios como bacteriologo de forma oportuna y eficiente en beneficio de las personas que acuden al aservicio de labortaorio, con el pleno cumplimiento del sistema obligatorio de garantia.	Indicadores de oportunidad en el servicio de consulta externa y urgencias.
6	Promover en los usuarios la generacion de estilos, habitos y conductas de estilo saludable meidante acciones de educacion.	Se informa a todos los usuarios los deberes y los derechos de los usuarios.	Formato de socializacion de deberes y derechos.
7	Hacer en debida forma la entrega y recibo de turnos, asi como el registro de las novedades cuando a ello hubiese lugar y el supervisor de contrato asi lo requiera.	Se presentan todas las novedades ocurridas durante la prestacion del servicio.	Formato de entrega de turno.
8	Entregar mensualmente al supervisor del contrato informe de actividades desarrolladas dentro del objeto contractual	De mensual se entrega informe de actividades del contrato de prestacion de servicios.	Formato CO-OPS-FT-11-V5
9	Se hace uso adecuado de los recursos e insumos que son suministrados por la subred sur para el cumplimiento de las actividades contractuales, Kardex de reactivos por seccion con registro diario.	Se realiza el mantenimiento diario, semanal, quincenal o mensual, de los equipos biomedicos segun la necesidad de cada equipo para el desarrollo de los productos.	Formato de mantenimiento de los equipos.
10	Utilizar, custodiar, salvaguardar y vigilar los recursos e insumos y la conservacion, uso adecuado de los bienes y la obligacion de responder por su deterioro o perdida al igual que la documentacion, e informacion que por razon de sus actividades le sean suministrados o tenga acceso para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Se hace uso adecuado de los recursos e insumos que son suministrados por la subred sur para el cumplimiento de las actividades contractuales.	Kardex de reactivos por seccion, Formato de solicitud de pedidos.

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.617.886
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	08	9414874942		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES SEISCIENTOS DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	COLFONDOS	$ 1.447.154	$ 231.500	$ 231.600
SALUD		MUTUAL SER		$ 180.900	$ 180.900
ARL	3	SURA		$ 35.300	$ 35.300
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 447.700	$ 447.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	8541677802

FAVIO ALONSO VISLAN UTRIA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.048.933.85
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY STELLA TABAREZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

JEISSON CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE ENLACE RURALIDAD

2021-02-12

en linea

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 1048933893		VISLAN UTRIA FAVIO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BR SN FRNDO URB MZ 1 CS 97	CARTAGENA-BOLIVAR	6447808	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	885142846	9414874942	I	2021/02/19	2021/02/08	BANCOLOMBIA	0	$447,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	PA	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$231,600	$0	$0	$231,600
				1	$231,600	$0	$0	$231,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$35,300	$0	$0	$35,300
				1	$35,300	$0	$0	$35,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$180,900	$0	$0	$180,900
				1	$180,900	$0	$0	$180,900
TOTAL				1	$447,800	$0	$0	$447,800

2021/02/06 11:38 AM

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 1048933893		VISLAN UTRIA FAVIO ALONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BR SN FRNDO URB MZ 1 CS 97	CARTAGENA-BOLIVAR	6447808	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	885142846	9414874942	I	2021/02/19	2021/02/08	BANCOLOMBIA	0	$447,800

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
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,447,160	$231,600			$1,447,160	$180,900			$0	$0			$1,447,160	$35,300		$0	$0
Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR (1 Afiliados)						$1,447,160	$231,600			$1,447,160	$180,900			$0	$0			$1,447,160	$35,300		$0	$0
1	CC	1048933893	VISLAN FAVIO	231001	30	$1,447,160	$231,600	ESSC07	30	$1,447,160	$180,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,447,160	$35,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,447,160	$231,600			$1,447,160	$180,900			$0	$0			$1,447,160	$35,300		$0	$0

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **CO-OPS-FT-11 V6**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde: 01-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21		
Nombre del Contratista:	ANA MILENA BAQUERO CARO	Cédula:	1010034957		
Correo Electrónico:	MILENAUSSSANJUAN@GMAIL.COM	Teléfono(s):	3112631861		
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY STELLA TABARES RAMIREZ	Cargo:	DIRECTOR DE SERVICIOS COMI	Codigo-Grado:	009-05
Nombre del Supervisor - Contratista:		Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:		Cargo:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	JEISSON CASTRO ESPAÑA	Perfil	PROFESIONAL DE ENLACE RUR	No. CTO:	4960-2020

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001787	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	COMPLEMENTARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS SAN JUAN SUMAPAZ				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Ocultar							
LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO - USS NAZARETH		NAZARETH	L07NN	186		$ 10.885	$ 2.024.610	100,00%
							$ -	
							$ -	
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 2.024.610 — DOS MILLONES VEINTICUATRO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1	Febrero	$ 2.024.610
						2		
						3		
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.073.830	$ 6.073.830	$ 2.024.610	$ 4.049.220

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	APOYAR LA ELABORACIÓN, ACTUALIZACION DE FORMATOS, PROTOCOLOS, GUIAS, PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO CLINICO Y ADHERIRSE INCLUYENDO EL DILIGENCIAMIENTO DEL CONCENTIMIENTO INFORMADO EN LOS CASOS PERTINENTES GARANTIZANDO LAS NORMAS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD	CUMPLIR CON LA IMPLEMENTACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROTOCOLOS Y GUIAS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED SUR.	CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
3	ALISTAMIENTO DE LOS INSUMOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAR EN EL LABORATORIO CLINICO.	DILIGENCIAMINETO DE FORMATOS PARA LA TOMA DE MUESTRAS	SOPORTE DE REGITROS TOMA DE MUESTRAS
4	REALIZAR LA TOMA DE MUESTRAS PARA ANALISIS EN EL LABORATORIO CLINICO DE LA SUBRED SUR SEGÚN ORDEN MEDICA ASI COMO APLICAR LOS MANUALES DE TOMA Y TRANSPORTE DE MUESTRAS A FIN DE GARANTIZAR LAS CONDICIONES OPTIMAS DE PROCESAMIENTOS	TOMA Y REGISTRO DE MUESTRAS DE ACUERDO A ORDEN MEDICA, CUMPLIENDO CON EL DEVIDO EMBALAJE SIGUN PROTOCOLOS.	REGISTRO EN LOS SISTEMAS DE DINAMICA, COMPRONET, Y FORMATOS TRANSLADOS DE MUESTRAS .
5	ALISTAR,CLASIFICARY DISTRIBUIR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS PARA CADA UNA DE LAS SECCIONES DEL LABORATORIO.	VELAR Y PARTICIPAR DEL CUIDADO,MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y ASEPSIA DE LOS ELEMENTOS Y DEMAS EQUIPOS DEL LABORATORIO	FORMATOS ESTABLECIDOS.
6	INGRESAR EN EL SISTEMA DE INFORMACION DEL LABORATORIO CLINICO, LOS DATOS DEL PACIENTES ATENDIDOS Y/O MUESTRAS RECEPCIONADAS, SIMULTANEA O INMEDIATAMENTE DESPUES DE SU REALIZACION, CON INTEGRIDAD, SECUENCIALIDAD, RECIONALIDAD CIENTIFICA (LÓGICA, CLARA, COMPLETA) Y DEMAS CRITERIOS QUE DIFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIALO ENTES COMPETENTES QUE REGULAN LA MATERIA (RESOLUCION 1995/1999, 839/2017 NORMA DE LA QUE MODIFIQUESUSTITUYA).	INGRESAR ORDENES DE LABORATORIO CLINICO A LOS SISTEMAS DE DINAMICA Y CMPRONET, EXPLICAR Y ORIENTAR A LOS USUARIOS LA MANERA CORRECTA RE RECOLECCION DE MUESTRAS, RECOMENDACIONES Y PREPARACION PARA LA TOMA DE LOS EXAMENES, ENTREGA DE LOS MISMOS.	REGISTRO EN LOS SISTEMAS - DINAMICA Y COMPRONET, REGISTRO DE TOMA DE MUESTRAS , ENTREGA DE RESULTADOS.
7	DAR APLICACIÓN A LAS ORIENTACIONES, RECOMENDACIONES Y SOLICITUDES QUE REALICE EL PROFECIONAL	ADHERENCIA A LA LINEA TECNICA SUMINISTRADA POR EL BACTERIOLOGO DE LA	FORMATOS ESTABLECIDOS.

8	OTRAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL PERFILQUE FORTALEZCAN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES MISIONALES	DE ACUERDO A LAS INDICACIONES POR EL PROFESIONAL DE ENLACE O JEFE DE OFICINA.	PLANILLAS DE ASISTENCIA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRÉSPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	10	48040595		$ 1.965.348

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los Ingresos mensuales) no debe ser Inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.100
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.100

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24072616608

Milena Baquero

ANA MILENA BAQUERO CARO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.010.034.957
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY STELLA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

JEISSON CASTRO ESPAÑA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE ENLACE RURALIDAD

2021-02-12

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	1010034957	ANA MILENA BAQUERO CARO		CLL 57R BIS SUR N 77B 03	3112631861	HANNAMILHENA@HOTMAIL.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	10/02/2021	48040595	$281.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010034957	ANA MILENA BAQUERO CARO	CLL 57R BIS SUR N 77B 03	3112631861	HANNAMILHENA@HOTMAIL.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	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-01	2021-01	I	10/02/2021	48040595	TOTAL A PAGAR	
					$281.200	

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	Economía	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	1010034957	BAQUERO CARO ANA MILENA	59	0			N																	230301	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Banco Caja Social | Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.

Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción "Regresar al comercio" y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
10 febrero 2021 2:21 pm

DIRECCIÓN IP. 191.95.53.79

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII1041320272348827

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
88277VXK

NOMBRE DEL COMERCIO	COMPENSAR-OI
NIT DEL COMERCIO	9998600669427
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$281.200,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	48040595
FECHA DE LA SOLICITUD	10 febrero 2021
REFERENCIA 1	191.95.53.79
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1010034957
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	889260059
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	4
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga / ANA MILENA BAQUERO CARO *******6608