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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Período a Certificar: | Desde: | 01-may.-21 | Hasta: | 31-may.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | OVIER DAVID VEGA CALAO | | Cédula: | 1067885688 | | | |
| Correo Electrónico: | OVIERVEG8@GMAIL.COM | | Teléfono(s): | 3118460919 | | | |
| Nombre del Supervisor - Planta: | | | Cargo: | | Codigo-Grado: | | |
| Nombre del Supervisor - Contratista: | Luz Analida Paez Parra | | Perfil | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | No. CTO: | 3543-2021 | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Planta: | | | Cargo: | | Còdigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | Yuli Alba Tacin Rincon | | Perfil | PROFESIONAL DE APOYO | No. CTO: | 3740-2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 003736 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 147 |
| PERFIL: | Tecnico Administrativo | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION FINANCIERA | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | NUEVO MUZU | | | | |

## 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 | Mostrar | | | | | | | |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD | Mostrar | | | | | | | |
| GESTION DEL RIESGO | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Ocultar | | | | | | | |
| FACTURACION | | ADMINISTRATIVA | R23SA | | | | $ 2.022.500 | 100,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |
| | | | | | | | $ - | 0,00% |

| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 2.022.500 | DOS MILLONES VEINTIDOS MIL QUINIENTOS PESOS |
|---|---|---|

### EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/02/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 31/05/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | $ 2.022.500 |
| | | | | | | 3 | Marzo | $ 2.022.500 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 2.022.500 |
| 1 | 2021-06-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 2.022.500 | 1074 | 5 | Mayo | $ 2.022.500 |
| | | | | | | 6 | | |
| | | | | | | 7 | | |
| | | | | | | 8 | | |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 8.090.000 | $ 10.112.500 | $ 8.090.000 | $ 2.022.500 |

## 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 | 1. Realizar registro en los aplicativos, archivos y demás medios dispuestos por la subred para el control de la facturación y registro de las novedades de las facturas. | Revisar y Realizar el control de la Facturacion y Novedades de Facturas | Medios Magneticos |
| 2 | 2.Apoyar el proceso de soporte, armado de facturas y radicación de cuentas, garantizando el soporte y la completitud de la información para el proceso de radicación. | Apoyar A la Gestion de soportes,armado de Facturas,Radicacion de Cuentas | Medios Magneticos |
| 3 | 3. Verificar la corrección oportuna por parte de los facturadores en cuanto a las inconsistencias que se evidencien en el proceso de facturación. | Revisar y Realizar el control de la Facturas Por Generadas PoR Parte de Los Facturadores | Medios Magneticos |

| 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 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | 4. Realizar anulación de facturas en los casos en los cuales así se requiera para el proceso de corrección de facturas. | Se Realiza La solicitud De Anulacion Por el Area Encargada del servicio de la unida de Facturacion | Medios Magneticos |
| 5 | 5.Verificar el cobro adecuado de servicios y generar los archivos planos necesarios para el cobro de la cuenta de Capital Salud y Fondo Financiero Distrital de Salud. | Se verifica Por Medio De Archivos Planos Servicios Y medicamento | Medios Magneticos |
| 6 | 6. Apoyar el proceso de soporte, respuesta a glosas y refacturacion de servicios en los casos en los cuales asi lo requiera el área de cartera. | Se Da Respuesta Oportuna A Los Requerimiento De Glosa Y cartera | Medios Magneticos |
| 7 | 7. Mantenerse actualizado en cuanto a normatividad vigente que aplique al proceso de admisiones, autorizaciones, facturación, radicación y demás afines al proceso. | Se consulta Normatividad Vigente Para El Proceso de Facturacion - Contratacion | Medios Magneticos |
| 8 | 8.Apoyar el proceso de egresos hospitalarios validando los soportes tanto administrativos, como asistenciales que permitan mejorar los tiempos de egreso de los usuarios y la correcta facturación de servicios. | Se Apoya al Proceso Administrativo de Facturacion Tanto en Historia clinica y Bases De Datos | Medios Magneticos |
| 9 | 9. En caso de terminación del contrato, las actividades asignadas las deberá dejar al día en un 100%, así como la entrega del inventario y/o utensilios entregados por la Subred para el cumplimiento de las actividades contractuales, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional. 7. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato. | Se entregaran las actividades al 100% | Medios Magneticos |
| 10 | 10. Realizar auditoría técnica a las cuentas generadas para la prestación de servicios de salud, dando cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la facturación de servicios, cobro de copagos, soporte de facturas y demás relacionadas con el proceso de facturación, teniendo en cuenta las tarifas y servicios pactados en la matriz de contratación. | Se Realiza Auditoria Tecnica | Medios Magneticos |
| 11 | 11.Validar que las cuentas que así lo requieran cuenten con la validación de derechos autorización y/o tramite pertinente para el proceso de cobro. | Se verifica que las cuentas tengan validacion de derechos y demas documentos administrativos. | Medios Magneticos |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 2.022.424 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | 7786594900 | | |
| 2021 | 4 | 2021 | 05 | 11 | | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: DOS MILLONES VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO 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 | | SANITAS | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 1 | SURA | | $ 4.700 | $ 4.800 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 263.700 | $ 263.800 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 7590398520 |
|---|---|---|---|---|---|

OVIER DAVID VEGA CALAO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.067.885.688
CC. NO. CONTRATISTA

Luz Analida Paez Parra
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

Yuli Albarracin Rincon
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE APOYO

2021-02-12

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067885688 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | OVIER DAVID VEGA CALAO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | TRV 34 32 - 69 T 4 APTO 404 | TELÉFONO: | 9008005 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 001 - BOGOTA |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7786594900 | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES abril | AÑO 2021 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES abril AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/05/11 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 986289224 |

**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 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

**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 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

**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 |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINED/U | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 1067885688 | VEGA CALAO OVIER DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 106788568 | $ 4.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|