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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	WINDER PARDO PARRA		Cédula:	79406649			
Correo Electrónico:	docwinderp@hotmail.com		Teléfono(s):	3158281206			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	PROFESIONAL ENLACE	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002676	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO PEDIATRA CON ENTRENAMINETO EN UCIP				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UCIP USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	120		$ 87.140	$ 10.456.800	100,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 10.456.800	DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-04-01	2021-04-30	1	$12.548.160	782	1		
						2	Febrero	$ 8.365.440
						3	Marzo	$ 12.548.160
						4	Abril	$ 10.456.800
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 22.656.400	$ 35.204.560	$ 31.370.400	$ 3.834.160

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION, COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG REANIMACION, TORACOSTOMIA; DURANTES LOS TURNOS ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE INRESARON A UCIP DURANTE LOS TURNOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGA Y RECIBO DE TURNOS CON ACTUALIZACION FORMATO DE ENTEGA DE TURNO	FORMATO ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL AGRESO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA , Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON DE EL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	REALICE INTERCONSULTAS Y CONTESTACION DE INTERCONSULTAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE FORMULACION DE MEDICAMENTOS Y ORDENES MEDICAS , INTERPRETE PARACLINICOS DE LOS PACIENTES DE EL SERVICIO	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 12.548.160
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	16	7787154572		

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E				
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				CO-OPS-FT-11 V6
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	COLPENSIONES	$ 5.019.264	$ 803.100	$ 1.173.000
SALUD		MEDIMAS		$ 627.400	$ 862.500
ARL	3	ARL SURA		$ 122.300	$ 168.100
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 1.552.800	$ 2.203.600

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	166200004470

WINDER PARDO PARRA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
79.406.649
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martínez Calvis
Profesional Enlace

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ENLACE

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79406649
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			WINDER PARDO PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CLL 66 59-31 APTO 805	TELÉFONO:	7578140
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7787154572		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		958375457

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 1.173.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.173.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	$ 862.500
SUBTOTAL:			1	**$ 862.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 168.100
SUBTOTAL:			1	**$ 168.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.203.600**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
958375457

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
16/04/2021

Número de aprobación
00375457

Dirección IP
186.113.22.82

Valor transacción
$ 2.203.600,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.33	CC	79406649

Banca Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C. SALUD	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:	21-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	Julian Andres Rincon Amaya		Cédula:	79747619			
Correo Electrónico:	JULIANRINCONAMAYA@YAHOO.COM		Teléfono(s):	3212367736			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	ENFERMERO	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002684	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO PEDIATRA CON ENTRENAMINETO EN UCIP				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UCIP USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	186	72	$ 87.140	$ 22.482.120	100,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 22.482.120	VEINTIDOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO VEINTE PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
	2021-04-01	2021-04-30	1	$22.830.680	782	1		
						2	Febrero	$ 23.527.800
						3	Marzo	$ 21.959.280
						4	Abril	$ 22.482.120
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 45.661.360	$ 68.492.040	$ 67.969.200	$ 522.840

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION, COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG REANIMACION, TORACOSTOMIA; DURANTES LOS TURNOS ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE INRESARON A UCIP DURANTE LOS TURNOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGA Y RECIBO DE TURNOS CON ACTUALIZACION FORMATO DE ENTEGA DE TURNO	FORMATO ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL AGRESO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA , Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON DE EL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	REALICE INTERCONSULTAS Y CONTESTACION DE INTERCONSULTAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE FORMULACION DE MEDICAMENTOS Y ORDENES MEDICAS , INTERPRETE PARACLINICOS DE LOS PACIENTES DE EL SERVICIO	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 21.959.280
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	12	9418532393		

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 79747619		RINCON AMAYA JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 161 No. 54-25 Torre 1 Apto. 507	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7207809	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	952769586	9418532393	I	2021/04/08	2021/04/12	BANCO DAVIVIENDA	4	$2,810,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,496,000	$0	$0	$1,496,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,496,000	$0	$0	$1,496,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,400	$0	$0	$214,400
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$214,400	$0	$0	$214,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,100,000	$0	$0	$1,100,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,100,000	$0	$0	$1,100,000
TOTAL				1	$2,810,400	$0	$0	$2,810,400

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 79747619		RINCON AMAYA JULIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 161 No. 54-25 Torre 1 Apto. 507	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7207809	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-03	2021-03	952769586	9418532393	I	2021/04/08	2021/04/12	BANCO DAVIVIENDA	4	$2,810,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,800,000	$1,496,000			$8,800,000	$1,100,000			$0	$0			$8,800,000	$214,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$8,800,000	$1,496,000			$8,800,000	$1,100,000			$0	$0			$8,800,000	$214,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$8,800,000	$1,496,000			$8,800,000	$1,100,000			$0	$0			$8,800,000	$214,400		$0	$0
1	CC 79747619	RINCON JULIAN	230301	30	$8,800,000	$1,496,000	EPS005	30	$8,800,000	$1,100,000		0	$0	$0	14-7	30	$8,800,000	$214,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$8,800,000	$1,496,000			$8,800,000	$1,100,000			$0	$0			$8,800,000	$214,400		$0	$0

2021/04/11 10:40 AM

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	JACK PAUL GALINDO REY		Cédula:	79791528			
Correo Electrónico:	JACKPGALINDO@YAHOO.COM		Teléfono(s):	3002000288			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	PROFESIONAL ENLACE	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002685	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO PEDIATRA CON ENTRENAMINETO EN UCIP				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UCIP USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	168		$ 87.140	$ 14.639.520	100,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 14.639.520	CATORCE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
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	$ 11.502.480
						3	Marzo	$ 13.593.840
						4	Abril	$ 14.639.520
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.627.600	$ 29.627.600	$ 39.735.840	-$ 10.108.240

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION, COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG REANIMACION, TORACOSTOMIA; DURANTES LOS TURNOS ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE INRESARON A UCIP DURANTE LOS TURNOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGA Y RECIBO DE TURNOS CON ACTUALIZACION FORMATO DE ENTEGA DE TURNO	FORMATO ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL AGRESO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA , Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON DE EL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	REALICE INTERCONSULTAS Y CONTESTACION DE INTERCONSULTAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE FORMULACION DE MEDICAMENTOS Y ORDENES MEDICAS , INTERPRETE PARACLINICOS DE LOS PACIENTES DE EL SERVICIO	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 13.593.840
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	19	49988480		

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

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	COLPENSIONES	$ 5.437.536	$ 870.000	$ 924.500
SALUD		SURA EPS		$ 679.700	$ 679.800
ARL	3	ARL SURA		$ 132.500	$ 132.500
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 1.682.200	$ 1.736.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	570476270029848

JACK PAUL GALINDO REY
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
79.791.528
CC. NO. CONTRATISTA

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 79.791.770

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ENLACE

2021-02-12

Factura Electrónica De Venta #FE-4
Ver. UBL 2.1

Forma de Pago: Contado
Método de Pago: Efectivo
Moneda: COP
Total de Lineas: 1

Fecha de Validación: 18/04/2021 08:06 PM
Fecha de Generación: 30/04/2021 08:06 PM
Responsabilidad Fiscal: R-99 No responsable
Régimen Fiscal: No responsable de IVA

Emisor : JACK PAUL GALINDO REY
Razon Social: N/A
NIT: 79791528-7
Teléfono: + (57) 300 2000288
Correo Eléctronico: jackpgalindo@yahoo.com
Dirección: CL 73 77 B 16 BOGOÁ, D.C.
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Receptor : Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
Razon Social Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E
NIT: 900958564-9
Teléfono: +(57) 7 300000
Correo Eléctronico: cps.facturacionelectronica@subredsur.gov.co
Dirección: Carrera 20 # 47 b- 35 sur
Departamento: BOGOTÁ, D.C.
Municipio: BOGOTÁ, D.C.

#	Cod	Item	Detalle	Cant	Unidad	Precio	Subtotal	IVA	Total
1	1- Honorarios Medicos	Honorarios Medicos	Prestación de servicios como Médico Pediatra en la Unidad de cuidado Intensivo Pediátrico del Hospital De Meissen , durante el mes de Abril del 01 al 30 del año 2021 , son 168 horas	168	Cada	87,140	14,639,520	0	**14,639,520**

Detalles:
Son: CATORCE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS CON CERO CENTAVOS
Cuentas Bancarias
Cuenta Ahorro Banco Davivienda 570476270029848 (**Pesos**)

CUFE :
4d62932ff261cb89c99aa02754efada971e6f8b9f0d5e8f63df3574a5ba70d500c66104f09de0bd35563d8d2d4c5e9d3

Detalle de Venta	
Subtotal :	COP 14,639,520
Descuento :	COP 0
Monto Bruto :	COP 14,639,520
Monto IVA :	COP 0
Total Venta:	COP 14,639,520
Total a pagar :	COP 14,639,520

Autorizado DIAN para la Facturación Electrónica mediante la resolución N° 18764009622951 entre los rangos de Facturación del 1 al 50 usando el prefijo FE con vigencia entre las fechas 2021-01-12 al 2021-07-12.

Generada por: FACTOA https://factoa.co

Servicios informáticos TECNODEV CO SA 901360857-7 / Proveedor Tecnologico Cadena SA 890930534-0

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	79791528	JACK PAUL GALINDO REY	CALLE 86 # 69 T 41	3002000288	JACKPGALINDO@YAHOO.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTA, 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	
2021-03	2021-03	I	19/04/2021	49968480	$1.736.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	679.800	0		0		0	0	0	0	679.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	870.100	0	0	27.200	27.200	0	0		924.500	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	132.500				132.500	0	0	132.500			1.325	132.500	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	679.800	679.800
Pensión	1	924.500	924.500
Riesgos Laborales	1	132.500	132.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.736.800	1.736.800

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	79791528	JACK PAUL GALINDO REY		CALLE 66 # 69 T 41	3002000268	JACKPGALINDO@YAHOO.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2021-03	2021-03	I	19/04/2021	49988450	$1.736.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Estrato	Salario Integral	Extranjero no obligado a cotizar a pensiones	Colombiano en el exterior	Dependiente	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC-LR	AVP	VCT	IRP	SUS	INC-EG	INC-ML	INC-AT	CAM	CODIGO NOVEDAD	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	Grupo de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79791528	GALINDO REY JACK PAUL	39	0			X															25-14	5 438 000	870 100	0	0	27 200	27 200	EPS010	5 438 000	679 800	14-11	5 438 000	3	132 500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá, Abril 30 de 2021

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito muy amablemente a ustedes, que desde la fecha mi salario se me sea consignado a la cuenta **de Ahorros del Banco DAVIVIENDA # 570476270029848** la cual está a mi nombre, la cual adjunto certificación bancaria .

FAVOR ABSTENERSE DE CONSIGNAR MI SALARIO A LA CUENTA DEL BANCO AV VILLAS , A LA CUAL SE CONSIGNABA ANTERIORMENTE

Agradezco de antemano la atención prestada.

Atentamente,

JACK PAUL GALINDO REY

C.C. 79791528 de Bogotá

Médico Pediatra

Uci Pediátrica USS Meissen

Teléfono: 3002000288

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **18/03/2020**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JACK PAUL GALINDO REY** con **Cédula de Ciudadanía** número **79791528**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570476270029848**
Fecha de apertura	**09/01/2020**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
vigilado

Bogotá, Abril 30 de 2021

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito muy amablemente a ustedes, se me sea consignado el 30 % de mi salario del mes de Abril de 2021 , que corresponde a la suma de 4.391.856 (Cuatro millones trecientos noventa y un mil ochocientos cincuenta y seis pesos) a la cuenta **A.F.C. del Banco AV VILLAS # 446150416001** la cual está a mi nombre, la cual adjunto certificación bancaria .

FAVOR ABSTENERSE DE CONSIGNAR ESTE DINERO A LA CUENTA DEL BANCO ITAU , A LA CUAL SE CONSIGNABA ANTERIORMENTE

Agradezco de antemano la atención prestada.

Atentamente,

JACK PAUL GALINDO REY

C.C. 79791528 de Bogotá

Médico Pediatra

Uci Pediátrica USS Meissen

Teléfono: 3002000288

CERTIFICACIÓN CUENTA

Banco AV Villas
Lo Que Quieres Tener

BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"
NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que JACK PAUL GALINDO REY identificado con el documento No. 79791528 posee en la oficina TITAN PLAZA (446) una Cuenta AFC No 446150416001 desde el 16 de abril de 2015.

FECHA DE EXPEDICION: 2019/01/21

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	CEYLA CAUSIL GARCES		Cédula:	1128051445			
Correo Electrónico:	ceylace@yahoo.es		Teléfono(s):	3023588138			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	PROFESIONAL DE ENLACE	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002682	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO PEDIATRA CON ENTRENAMIENTO EN UCIP				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME		144	$ 87.140	$ 12.548.160	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 12.548.160	DOCE MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL CIENTO SESENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-04-01	2021-04-30	1	$14.639.520	782	1	Enero	
						2	Febrero	$ 10.456.800
						3	Marzo	$ 14.639.520
						4	Abril	$ 12.548.160
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.627.600	$ 44.267.120	$ 37.644.480	$ 6.622.640

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DE EL SERVICO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACIONDE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION ,COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL , PUNCION LUMBAR , VENTILACION MECANICA ,EKG,	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE INGRESO DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGAS Y RECIBO DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	FORMATO DE ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL EGRESO DE LOS PACIENTES DE EL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA , Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESABAN DEL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	PEDIATRICOS REFERIDOS A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS , ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DE EL SERVICO	REALICE FORMULAS DE MEDICAMENTOS Y/O ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DIAGNOSTICOS (INCLUYE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES	HISTORIA CLINICA
8			
9			
10			

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

12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 14.639.520
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	21	9418810442		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	CATORCE MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS VEINTE 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	COLPENSIONES	$ 5.855.808	$ 936.900	$ 2.070.600
SALUD		SANITAS		$ 732.000	$ 1.522.500
ARL	3	POSITIVA		$ 142.600	$ 296.700
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 1.811.500	$ 3.889.800

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BBVA COLOMBIA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	0013-0694-00-0200196627

CEYLA CAUSIL GARCES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1118.051.445
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.020.741.777

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL DE ENLACE

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

Bogotá, 30 de abril de 2021

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Cordial saludo,

Por medio de la presente solicito muy amablemente a ustedes, me sea consignado el 30 % de mi salario del mes de abril 2021 , que corresponde a la suma de $ 3.764.448 (Tres millones setecientos sesenta y cuatro mil cuatrocientos cuarenta y ocho pesos) a la cuenta **A.F.C del Banco AV VLLAS #** 446161011001 la cual está a mi nombre, la cual adjunto certificación bancaria.

Agradezco de antemano la atención prestada.

Atentamente,

CEYLA CAUSIL GARCES
C.C 1.128.051.445 de Cartagena
Médico Pediatra
Teléfono: 3006983602

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 1128051445		CAUSIL GARCES CEYLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 22 # 5-81w	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7896934	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	963695859	94182810442	I	2021/04/14	2021/04/21	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	7	$3,889,800

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$12,179,430	$2,070,600			$12,179,430	$1,522,500			$0	$0			$12,179,430	$296,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$12,179,430	$2,070,600			$12,179,430	$1,522,500			$0	$0			$12,179,430	$296,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$12,179,430	$2,070,600			$12,179,430	$1,522,500			$0	$0			$12,179,430	$296,700		$0	$0
1	CC 1128051445	CAUSIL CEYLA	25-14	30	$12,179,430	$2,070,600	EPS005	30	$12,179,430	$1,522,500		0	$0	$0	14-23	30	$12,179,430	$296,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$12,179,430	$2,070,600			$12,179,430	$1,522,500			$0	$0			$12,179,430	$296,700		$0	$0

2021/04/21 12:20 AM

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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	HECTOR EDUARDO ORTIZ SANDOVAL		Cédula:	13926430			
Correo Electrónico:	hectorortiz2808@gmail.com		Teléfono(s):	3004408666			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	PROFESIONAL ENLACE	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002681	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO PEDIATRA CON ENTRENAMINETO EN UCIP				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UCIP USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	120		$ 87.140	$ 10.456.800	100,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 10.456.800	DIEZ MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
	2021-04-01	2021-04-30	1	$12.548.160	782	1		
						2	Febrero	$ 12.548.160
						3	Marzo	$ 12.548.160
						4	Abril	$ 10.456.800
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 29.627.600	$ 42.175.760	$ 35.553.120	$ 6.622.640

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION, COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG REANIMACION, TORACOSTOMIA; DURANTES LOS TURNOS ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE INRESARON A UCIP DURANTE LOS TURNOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGA Y RECIBO DE TURNOS CON ACTUALIZACION FORMATO DE ENTEGA DE TURNO	FORMATO ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL AGRESO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA , Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON DE EL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	REALICE INTERCONSULTAS Y CONTESTACION DE INTERCONSULTAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE FORMULACION DE MEDICAMENTOS Y ORDENES MEDICAS , INTERPRETE PARACLINICOS DE LOS PACIENTES DE EL SERVICIO	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 12.548.160
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	12	49887450		

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

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	SKANDIA	$ 5.019.264	$ 803.100	$ 853.400
SALUD		EPS SANITAS		$ 627.400	$ 627.500
ARL	3	ARL SURA		$ 122.300	$ 122.300
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 1.552.800	$ 1.603.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DE BOGOTÁ	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	265064824

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.023.861.770

HECTOR EDUARDO ORTIZ SANDOVAL
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
13.926.430
CC. NO. CONTRATISTA

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ENLACE

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

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	13926430	HECTOR EDUARDO ORTIZ SANDOVAL	Calle 66 # 59-31 Torre 8 Apto 806	3004408666	hectorortiz2808@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49887450	$1.603.200

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	627.500	0		0		0	0	0	0	627.500	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
230901	Old Mutual	800253055-2	803.200	0	0	25.100	25.100	0	0		853.400	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	122.300				122.300	0	0	122.300			1.223	122.300	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	627.500	627.500
Pensión	1	853.400	853.400
Riesgos Laborales	1	122.300	122.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.603.200	1.603.200

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	13926430	HECTOR EDUARDO ORTIZ SANDOVAL		Calle 66 # 59-31 Torre 8 Apto 806	3004408666	hectorortiz2808@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49887450	$1.603.200	

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	Estudiante	IGE	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	13926430	ORTIZ SANDOVAL HECTOR EDUARDO	59	0			N								X									230901	5.020.000	803.200	0	0	25.100	25.100	EPS005	5.020.000	627.500	14-11	5.020.000	3	122.300			0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	EDUARDO SOURDIS JAIME		Cédula:	8718014			
Correo Electrónico:	esourdis@cable.net.co		Teléfono(s):	31652688806			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	PROFESIONAL DE ENLACE	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002683	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	Medico Pediatra con entrenamiento en Cuidado Intensivo Pediatrico				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACIÓN				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	240		$ 87.140	$ 20.913.600	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 20.913.600	VEINTE MILLONES NOVECIENTOS TRECE MIL SEISCIENTOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
	2021-04-01	2021-04-30	1	$20.913.600	782	1		
						2	FEBRERO	$ 20.913.600
						3	MARZO	$ 20.913.600
						4	ABRIL	$ 20.913.600
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 41.827.200	$ 62.740.800	$ 62.740.800	$ -

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	ELABORAR EVOLUCION DE LOS PACIENTES EN EL HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS EN LOS PACIENTES DEL SERVICIO	PROCEDIMIENTOS: INTUBACION, CATETERIZACION CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG, REANIMACIO, TORACOSTOMIA	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS DE LOS PACIENTES	REALIZAR HISTORIAS CLINICAS DE INGRESO A LOS PACIENTE QUE INGRESES DURANTE LOS TURNOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION EN EL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGA Y RECIBO DE TURNO CON ACTUALIZACION EN EL FORMATO DE ENTREGA DE TURNOS	FORMATO DE ENTREGA DE TURNOS
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL EGRESO DEL PACIENTE DEL HOPITAL	ORDENES DE EGRESO Y EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESEN DEL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A PENSIONES Y CESANTIAS
NIT. 800.149.496-2
Dirección: Calle 67 No. 7-94
Teléfono: 3765066

En su calidad de Administradora de los Fondos:

Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Moderado	**NIT. 800.227.940-6**
Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Conservador	**NIT. 900.391.896-3**
Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Mayor Riesgo	**NIT. 900.391.900-5**
Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado	**NIT. 900.391.901-2**

CERTIFICA QUE:

El afiliado EDUARDO SOURDIS JAIME identificado con cedula de ciudadanía 8.718.014, **SI** cumple con los requisitos para pensionarse por vejez conforme al artículos 64 de la Ley 100 de 1993, de acuerdo con el cálculo actuarial realizado con base en la información disponible en nuestra entidad, la suministrada por el afilado y los aportes obligatorios de la cuenta de ahorro individual con corte al 10 de marzo de 2021.

El presente Certificado se expide bajo los siguientes parámetros:

- El cálculo actuarial se efectúo teniendo en cuenta la información suministrada por el afiliado a través de nuestra área comercial.
- El cálculo es válido para el afiliado con fecha de nacimiento 20 de julio de 1957 y no reporta beneficiarios.
- Para el cálculo se utilizaron las tablas de [MORTALIDAD EXPERIENCIA 2005-2008] de acuerdo con la Resolución No. [1555 DE 2010] de la [SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA].
- Este documento no constituye reconocimiento de la pensión de vejez ni se emite como respuesta a una reclamación formal de pensión de vejez.
- Es emitido con fines estrictamente Informativos y para uso exclusivamente fiscal en los términos del artículo 126-1 del Estatuto Tributario Nacional en lo relacionado con los aportes realizados a partir del 1 de enero de 2013 con las limitaciones de ley. Es responsabilidad del afiliado consultar con sus asesores contables, legales y tributarios el tratamiento correspondiente a su situación particular.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."

Colfondos
del grupo HABITAT

- Queda sujeto al cumplimiento de las normas antiabuso consagradas en al Artículo 869 del Estatuto Tributario.

- La vigencia del documento es de tres (3) meses contados a partir de la fecha de expedición, es decir hasta el 10 de junio de 2021.

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C., a solicitud del Afiliado el día 10 de marzo de 2021.

En Colfondos siempre nos encontramos dispuestos a atender sus solicitudes; cualquier inquietud adicional no dude en contactarnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctenos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 3869888, Bucaramanga 6985888, Cali 4899888, Cartagena 6949888, Medellín 6042888 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Cordialmente,

Allison Andrea Sarmiento Mayorga
Directora de Servicio al Cliente
Elaboró: S. Pérez – Servicio al Cliente

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita. Dentro de las funciones del Defensor del Consumidor Financiero están las de ser vocero y actuar como conciliador de los Consumidores Financieros en los términos indicados en la Ley 640 de 2001, también puede dirigir en cualquier momento a la Junta Directiva de la Administradora recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones el afiliado únicamente deberá informar los hechos, sus datos de identificación y contacto (dirección, teléfono y correo electrónico) con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero de Colfondos S.A.: Correo electrónico: (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Principal: Dr. José Guillermo Peña González, Suplente: Dr. Carlos Alfonso Cifuentes Neira; Dirección: Av. 19 No. 114-09 oficina 502 en Bogotá; Tel.: 213 13 70 y 213 13 22; Celular: 321 924 04 79; Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua."

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	8718014
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDUARDO SOURDIS JAIME
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TR 22BIS NO 61B-11 A 201	TELÉFONO:	3496870
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7785657534**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		947701189

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 1.062.500
SUBTOTAL:			1	**$ 1.062.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 207.100
SUBTOTAL:			1	**$ 207.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 1.269.600**

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

DAVIVIENDA

Resultado de la Transferencia

Tipo de transacción:	Retiro
Producto origen	Cuenta de Ahorros - 1233 Cta. Ahorros
Valor transferido	$5,500,000.00
Destino	Dafuturo - 3728 Dafuturo
Su número de aprobación es:	505730
Fecha de transacción	13/04/2021
Hora de transacción	18:50:57
Titular cuenta destino:	FDO VOL DE PENS DE JUB Y/O INV-DAFUTURO
Dirección IP	186.83.251.179
Costo de la transacción(IVA incluido)	$0.00

Fiduciaria Davivienda S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero.

APORTE PENSIÓN VOLUNTARIA
EDUARDO SOURDIS JAIME
CC 8718014
Por favor incluir para efecto deducciones en renta
gracias

Eduardo Sourdis

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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	CLAUDIA PATRICIA PALACIO ALFARO		Cédula:	1032375405			
Correo Electrónico:	patosherezada@gmail.com		Teléfono(s):	3005364023			
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	ENFERMERO	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002691	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO PEDIATRA CON ENTRENAMINETO EN UCIP				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UCIP USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	156		$ 87.140	$ 13.593.840	100,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 13.593.840	TRECE MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-04-01	2021-04-30	1	$11.328.200	782	1		
						2	Febrero	$ 11.502.480
						3	Marzo	$ 11.502.480
						4	Abril	$ 13.593.840
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 22.656.400	$ 33.984.600	$ 36.598.800	-$ 2.614.200

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION, COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG REANIMACION, TORACOSTOMIA; DURANTES LOS TURNOS ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE LOS PACIENTES QUE INRESARON A UCIP DURANTE LOS TURNOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGA Y RECIBO DE TURNOS CON ACTUALIZACION FORMATO DE ENTEGA DE TURNO	FORMATO ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL AGRESO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA , Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON DE EL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	REALICE INTERCONSULTAS Y CONTESTACION DE INTERCONSULTAS A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE FORMULACION DE MEDICAMENTOS Y ORDENES MEDICAS , INTERPRETE PARACLINICOS DE LOS PACIENTES DE EL SERVICIO	HISTORIA CLINICA

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL	FECHA DE PAGO	NUMERO DE PLANILLA		

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

2021	3	2021	04	12	3146333033	

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	ONCE MILLONES QUINIENTOS DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA 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	COLPENSIONES	$ 4.600.992	$ 736.200	$ 847.200
SALUD		SANITAS		$ 575.100	$ 622.800
ARL	3	ARL SURA		$ 112.100	$ 121.400
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 1.423.400	$ 1.591.400

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	570005570353945

CLAUDIA PATRICIA PALACIO ALFARO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.032.375.405
CC. NO. CONTRATISTA

Ricardo Martínez Galvis
Profesional Enlace
C.C. 1.032.441.770

RICARDO MARTINEZ GALVIS
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

0
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
0

2021-02-12

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 1032375405		PALACIO ALFARO CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8 # 167 D - 62 TORRE 1 APTO 1623	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4638191	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	953118860	9418535835	I	2021/04/06	2021/04/12	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,591,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,981,992	$847,200			$4,981,992	$622,800			$0	$0			$4,981,992	$121,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$4,981,992	$847,200			$4,981,992	$622,800			$0	$0			$4,981,992	$121,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$4,981,992	$847,200			$4,981,992	$622,800			$0	$0			$4,981,992	$121,400		$0	$0
1	CC 1032375405	PALACIO CLAUDIA	25-14	30	$4,981,992	$847,200	EPS005	30	$4,981,992	$622,800		0	$0	$0	14-11	30	$4,981,992	$121,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$4,981,992	$847,200			$4,981,992	$622,800			$0	$0			$4,981,992	$121,400		$0	$0

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 1032375405		PALACIO ALFARO CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 8 # 167 D - 62 TORRE 1 APTO 1623	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4638191	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	953118860	9418535835	I	2021/04/06	2021/04/12	BANCO DAVIVIENDA	6	$1,591,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$847,200	$0	$0	$847,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$847,200	$0	$0	$847,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$121,400	$0	$0	$121,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$121,400	$0	$0	$121,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$622,800	$0	$0	$622,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$622,800	$0	$0	$622,800
TOTAL				1	$1,591,400	$0	$0	$1,591,400

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21		
Nombre del Contratista:	JAIME PIRACOCA MEJIA		Cédula:	80222350		
Correo Electrónico:	jpmspoon@gmail.com		Teléfono(s):	3123773387		
Nombre del Supervisor - Planta:	RICARDO MARTINEZ GALVIS		Cargo:	PROFESIONAL ENLACE	Codigo-Grado:	CODIGO 243 - GRADO 20
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	002652	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	MEDICO INTENSIVISTA PEDIATRA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION SERVICIOS HOSPITALARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	UCIP USS MEISSEN				

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	Ocultar							
UCI PEDIATRICA - USS MEISSEN		MEISSEN	J03ME	180	12	$ 96.391	$ 18.507.072	100,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 18.507.072	DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS SIETE MIL SETENTA Y DOS PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-04-01	2021-04-30	1	$21.977.148	782	1		
						2	Febrero	$ 19.663.764
						3	Marzo	$ 21.398.802
						4	Abril	$ 18.507.072
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 40.484.220	$ 62.461.368	$ 59.569.638	$ 2.891.730

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	ELABORAR EVOLUCION A LOS PACIENTES DEL SERVICIO EN SU HORARIO ESTABLECIDO	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	HISTORIA CLINICA
2	ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	REALICE PROCEDIMIENTO INCLUYE: INTUBACION, COLOCACION DE CATETER CENTRAL, LINEA ARTERIAL, PUNCION LUMBAR, VENTILACION MECANICA, EKG REANIMACION, TORACOSTOMIA; DURANTES LOS TURNOS ASIGNADOS.	HISTORIA CLINICA
3	ELABORAR INGRESOS A CADA PACIENTE QUE INGRESE AL SERVICIO	REALICE HISTORIAS CLINICAS DE INGRESO DE LOS PACIENTES QUE INGRESARON A UCIP DURANTE LOS TURNOS ASIGNADOS PROGRAMADOS	HISTORIA CLINICA
4	RECIBO Y ENTREGA DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	REALICE ENTREGAS Y RECIBO DE TURNO CON ACTUALIZACION DEL FORMATO DE ENTREGA DE TURNO	FORMATO ENTREGA DE TURNO
5	ELABORACION DE EPICRISIS AL AGRESO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL	REALICE ORDENES DE EGRESO DE LOS PACIENTES QUE EGRESARON A PEDIATRIA, Y/O LAS EPICRISIS DE LOS PACIENTES QUE EGRESABAN DEL HOSPITAL	HISTORIA CLINICA
6	ELABORACION DE SOLICITUD Y/O CONTESTACION DE INTERCONSULTAS EN LOS DIFERENTES SERVICIOS DE MANERA OPORTUNA	CONTESTE, EVALUE Y ACEPTE INTERCONSULTAS Y/O REMISIONES DE PACIENTES PEDIATRICOS REFERIDOS A LA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO	HISTORIA CLINICA
7	FORMULACION DE MEDICAMENTOS, ORDENES Y/O INTERPRETACION DE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS A LOS PACIENTES DEL SERVICIO	INTERPRETACION DE EXAMENES DIAGNOSTICOS (INCLUYE EXAMENES DE LABORATORIO E IMÁGENES DIAGNOSTICAS)	HISTORIA CLINICA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80222350
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME PIRACOCA MEJIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 69 35 05 SUR CARVAJAL	TELÉFONO:	2307377
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7786894882	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/04/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	956342341

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.369.600	$ 0	$ 0	$ 42.800	$ 42.800	$ 0	$ 0	$ 1.455.200	$ 0	$ 1.455.200
SUBTOTALES:										$ 1.455.200	$ 0	$ 1.455.200

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	$ 1.070.000		$ 0	$ 0	$ 1.070.000	$ 0	$ 0	$ 1.070.000
SUBTOTALES:													$ 1.070.000	$ 0	$ 0	$ 1.070.000

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 208.600	$ 208.600	$ 0	$ 0	$ 208.600
SUBTOTALES:									$ 208.600	$ 0	$ 0	$ 208.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80222350
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME PIRACOCA MEJIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 69 35 05 SUR CARVAJAL	TELÉFONO:	2307377
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7786894882**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		956342341

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 1.455.200
SUBTOTAL:			1	**$ 1.455.200**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 1.070.000
SUBTOTAL:			1	**$ 1.070.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 208.600
SUBTOTAL:			1	**$ 208.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 2.733.800**

Comprobante

de pago en línea



SOI ACH

Pago realizado por: JAIME PIRACOCA MEJIA

Nro. de recibo: 7786894882

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 10.80.25.33

Concepto: CC

Razón Social: 80222350

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 14 de Abril de 2021 03:40:37 PM

Nro. de comprobante: 0000004037

Valor pagado: $ 2,733,800.00

Cuenta: *******5348

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Bogotá D.C, abril de 2021

Señores:

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

Cordial saludo,

Por medio de la presente y de manera gentil me permito solicitar a quien corresponda que de los honorarios correspondientes al mes de abril de 2021 sea consignado un valor de $ 1.800.000 al fondo de pensiones voluntarias **DAFUTURO** del Banco **DAVIVIENDA** No. 0600008900310134, el cual se encuentra a mi nombre y de la que adjunto certificación bancaria.

Agradezco de antemano la atención prestada.

Atentamente,

Jaime Piracoca Mejia
C.C. 80.222.350 Btá
Pediatría UR
Cuidado Intensivo

JAIME PIRACOCA MEJIA
C.C. 80.222.350 Bogotá
jpmspoon@gmail.com
Teléfono: 3123773387
Intensivista pediatra
UCI Pediátrica USS Meissen

DAVIVIENDA Fiduciaria

Fiduciaria Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **21/04/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
Subred Sur ESE

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JAIME PIRACOCA MEJIA** con **Cédula de Ciudadanía** número **80222350**

Posee en el banco Davivienda:

FONDO DE INVERSIÓN DAFUTURO

Número	**0600008900310134**
Fecha de apertura	**12/03/2012**

Cordialmente,

Fiduciaria Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA