ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

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

103

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

DATOS DEL INFORME

Período a Certificar:	Desde:	01-jun.-21	Hasta:	30-jun.-21			
Nombre del Contratista:	JEISSON ARMANDO DELGADILLO ACOSTA		Cédula:	1015406716			
Correo Electrónico:	jeissondelgadillo@gmail.com		Teléfono(s):	3185578548			
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:	Adriana Castillo Niño		Perfil	PROFESIONAL DE APOYO FACT	No. CTO:	3742-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003642	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	147
PERFIL:	AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
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	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							
GESTIÓN DEL RIESGO	Mostrar							
SALUD PUBLICA PIC	Mostrar							
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Ocultar							
FACTURACION		ADMINISTRATIVA	R23SA				$ 1.750.074	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.750.074	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL SETENTA Y CUATRO 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		
1	2021-02-01	2021-05-31	1		147	2	Febrero	$ 2.766.246
2	2021-06-01	2021-06-30	2	$ 3.163.194	1074	3	Marzo	$ 2.088.798
						4	ABRIL	$ 1.808.298
						5	MAYO	$ 1.750.074
						6	Junio	$ 1.750.074
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.000.296	$ 10.163.490	$ 10.163.490	$ -

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.Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, atención humanizada tanto al personal interno como externo, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo 4 artículo 83 ley 1174 de 2011 5 numeral 1 del literal A) del Artículo 2 de la ley 1562 de 2012, asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna,	CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO	ADMISION
2	Asignar cama en el sistema de informacion de forma adecuada y oportuna, realizar cebsi diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno	ASIGNACION DE CAMAS A DIARIO Y ACTUALIZANDO EL CENSO	CENSO

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

3	Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB, sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignado diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES EN TIEMPO REAL CONSIGNADO EN FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	FORMATO
4	Verificar y realizar cargos diarios (De teerrapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, uroiogía, radiología intervensionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, recaudo de dinero, elaboración de pagares por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería	HACER CARGOS A DIARIO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, GENERANDO FACTURA, ORDEN DE SALIDA, RECIBO DE CAJA Y/O PAGARES CUANDO DE LUGAR	FACTURA, ORDEN DE SALIDA, RECIBO DE CAJA Y PAGARE
5	Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes ntre las 7 a las 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación	ENTREGA DE FACTURAS A DIARIA Y TRAMITE DE ANULACION CUANDO SE REQUIERA, CON REEMPLAZO DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO	FACTURA Y FORMATO DE ANULACION
6	Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales. En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al dia el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y ago correspondiente por el tiempo trabajo fatante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area	ENTREGA DE PARAFISCALES	PARAFISCALES
7			
8			
9			
10			
11			
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	$ 1.808.298
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	10	50485598		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA 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	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	466870003186

JEISSON ARMANDO DELGADILLO ACOSTA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.015.406.716
CC. NO. CONTRATISTA

Luz Analida Paez Parra
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

Adriana Castillo Niño
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE APOYO FACTURACION

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JEISSON ARMANDO DELGADILLO ACOSTA	**NIT:**	1015406716
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2021
Número de Radicación:	50485598	**Total a pagar:**	$299,400
Fecha de vencimiento:	21/06/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	10/06/2021	**Número de Administradoras:**	4

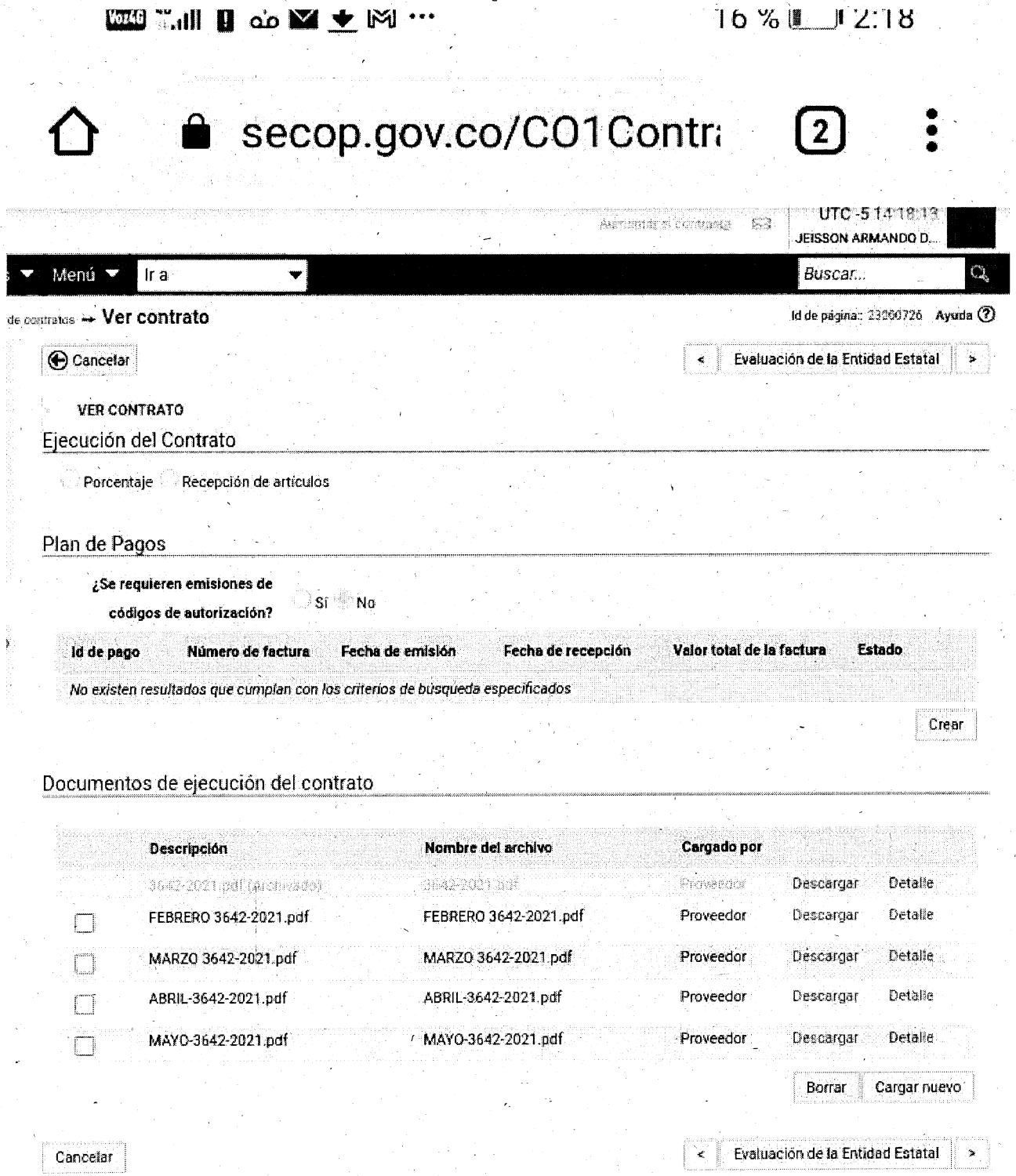
Detalles del pago

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 Autorización:**	1018592730
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$22,200
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$145,400
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$18,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$113,600
						$299,400

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

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


secop.gov.co/CO1Contr
UTC -5 14:18:13
JEISSON ARMANDO D...
Menú
Ir a
Buscar...
de contratos → Ver contrato
Id de página: 33200726
Ayuda
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
3642-2021.pdf (archivado)
3642-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
FEBRERO 3642-2021.pdf
FEBRERO 3642-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MARZO 3642-2021.pdf
MARZO 3642-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
ABRIL-3642-2021.pdf
ABRIL-3642-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MAYO-3642-2021.pdf
MAYO-3642-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >