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-ago.-21 | Hasta: | 31-ago.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ | | Cédula: | 1073696632 | | | |
| Correo Electrónico: | maicol.kact@gmail.com | | Teléfono(s): | 3203762541 | | | |
| 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 | No. CTO: | 3741-2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 003644 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 147 |
| PERFIL: | AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION FINANCIERA | | | | |
| UNIDAD DE SERVICIOS : | USS SANTA LIBRADA | | | | |

## 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 | | | | | | | |
| GESTION DEL RIESGO | Mostrar | | | | | | | |
| SALUD PUBLICA PIC | Mostrar | | | | | | | |
| HONORARIOS | Mostrar | | | | | | | |
| REMUNERACION | Ocultar | | | | | | | |
| FACTURACION | | SANTA LIBRADA | 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 | 2021-06-01 | 2021-06-30 | 1 | $ 1.750.074 | 1074 | 1 | | |
| 2 | 2021-07-01 | 2021-08-31 | 2 | $ 1.750.074 | 1682 | 2 | Febrero | $ 1.750.074 |
| 3 | 2021-09-01 | 2021-10-15 | 3 | $ 3.500.148 | 2170 | 3 | Marzo | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 4 | Abril | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 7 | Julio | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 9 | | |
| | | | | | | 10 | | |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.000.296 | $ 14.000.592 | $ 12.250.518 | $ 1.750.074 |

## 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 | 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 articulo 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 línea de pago | ADMISION |
| 2 | Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno | Asignación de camas a diario y actualizando el censo | CENSO |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando 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 dificul tades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente, | Solicitar las autorizaciones en tiempo real consignando en formato de autorizaciones el seguimiento diario | FORMATO DE AUTORIZACION |
| 4 | Verificar y realizar de cargos diarios ( De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, 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 pagarés 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 entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación | Entrega de facturas a diario y tramite de anulación cuando se requiera, con reemplazo dentro del tiempo estipulado | FACTURA Y FORMATO DE ANULACION |
| 6 | 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 Instituciona | Entrega inventario y untencilios entregados a la red una vez termindo el contrato | FORMATO DE PAZ Y SALVO |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | $ 1.704.478 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 7 | 2021 | 08 | 13 | 8352191703 | | |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA 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 | PROTECCION | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | FAMISANAR | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 22.100 | $ 22.200 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 281.100 | $ 281.200 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 400722016 |
|---|---|---|---|---|---|

YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.073.696.632
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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ
**No. Identificación:** CC1073696632
**Dirección:** CARRERA 35 ESTE 35 04
**Telefono:** 3203762541
**Correo:** maicol.kact@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8352191703

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1073696632 | **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2021 |
| **Número de planilla** | 8352191703 | **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2021 |
| **Fecha pago** | 2021-08-13 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 49405717 | **Total Pagado** | 299400 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 22200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 145400 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 18200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 113600 | 1 |

8352191703

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1073696632
APELLIDOS Y NOMBRES: YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 908526 | 908526 | 908526 | 908526 | 113600 | 0 | 145400 | 0 | 22200 | 0 |

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

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?** ○ Sí ◉ 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Febrero- 3644-2021 (1).pdf | _.archivetemp3644-2021 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | _.archivetempMARZO-3644-2021.pdf (Archivado) | _.archivetempMARZO-3644-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO -3644-2021.pdf | MARZO -3644-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL-3644-2021.pdf | ABRIL-3644-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO-3644-2021.pdf | MAYO-3644-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO-3644-2021.pdf | JUNIO-3644-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO-3644-2021.pdf | JULIO-3644-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >