ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

O. k

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:	JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA		Cédula:	17956572			
Correo Electrónico:	jompeza@yahoo.es		Teléfono(s):	3134198045			
Nombre del Supervisor - Planta:	YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO		Cargo:	PFOFESIONAL ESPECIALIZADO	Codigo-Grado:	242-30	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:	FABIAN ESNEIDER SANABRIA RODRIGUEZ		Cargo:	REFERENTE MEDICINA INTERN	Còdigo-Grado:	2855-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:			Perfil		No. CTO:		

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	2816-2021	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALARIOS				
UNIDAD DE SERVICIOS :	VISTAHERMOSA				

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	Ocultar							
HOSP MEDICINA INTERNA - USS VISTA HERMOSA		VISTA HERMOSA	I06VB	138		$ 81.136	$ 11.196.768	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
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	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 11.196.768	ONCE MILLONES CIENTO NOVENTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y OCHO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/04/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	$19.472.640	859	1		
2	2021-07-01	2021-08-31			1585	2	FEBRERO	$ 9.249.504
						3	MARZO	$ 10.223.136
						4	ABRIL	$ 7.789.056
						5	MAYO	$ 9.736.320
						6	JUNIO	$ 9.736.320
						7	JULIO	$ 7.302.240
						8	AGOSTO	$ 11.196.768
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 58.417.920	$ 77.890.560	$ 65.233.344	$ 12.657.216

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	PRESTAR SERVICIOS DE APOYOA LA GESTION ASISTENCIAL EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	DILIGENCIAMIENTO EN HISTORIA CLINICA INFORMACION DEL PACIENTER Y FAMILIARES	HISTORIA CLINICA
2	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICCO DE ACUERDO A SU ESPECIALIDAD A LOS USUARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SLAUD SUR.	DILLIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA	HISTORIA CLINICA
3	CUMPLIR LA META DE PRODUCCION ACORDADA COMO SUPERVISOR DE CONTRATO PARA EFECTOS DE ACTIVIDADES Y O PRODUCTOS ESPECIALIZADO CONTRATADOS	DILIGENCIAMIENTO EN HISTORIA CLINICA INFORMACION DEL PACIENTER Y FAMILIARES	HISTORIA CLINICA
4	DILIGENCIAR CORRECTA Y OOPRTUNAMENTE LA INFORMACIONQUE EXIGE EL SISTEMA DE LA SUBRED, LA HISTORIA CLINICA Y DEMAS DOCUMENTOS REQUERIDOS EN UN SERVICIO CUMPLIENDO CON LOS PARAMETROS EXIGIDOS EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE	DILIGENCIAMIENTO EN HISTORIA CLINICA INFORMACION DEL PACIENTER Y FAMILIARES	HISTORIA CLINICA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

5	PRESENTAR INFORMES Y REPORTES EN LA PERIODICIDAD DEFINIDA CON CALIDAD, VERACIDAD DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES EJECUTAEDAS.	REALIZAR INGRESOS, EVOLUCIONES, REVISTAMEDICA, RESPUESTA DE INTERCONSULTA Y PLANES DE TRATAMIENTO DENTRO DELSISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL	HISTORIA CLINICA
6	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 690 QUE TIENE POR OBJETO ANUDAR ESFUERZOS ADMINISTRATIVOS, TECNICOS Y FINANCIEROS PAFRA EL FORTALECDIMIENTO DE LA IMPLEMENTACION EN LA RUTA DE LA ATENCION EN SALUD CARDIO CEREBRO VASCULAR METBOLICA, EN LOS EVENTOS PRIORITARIOS HTA, DM EN LAS CUATRO SUBREDES INTEGRADAS DE SALUD.	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA, REGISTRO DE ATENCION DE PACIENTES EN EL SISTEMA INFORMACION DINAMICA	HISTORIA CLINICA
7			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 7.302.240
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	52391886		
2021	7	2021	07	03			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: SIETE MILLONES TRESCIENTOS DOS MIL DOSCIENTOS CUARENTA 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	$ 2.920.896	$ 467.300	$ 1.615.900
SALUD		SANITAS		$ 365.100	$ 1.188.000
ARL	3	SURA		$ 71.200	$ 231.600
CAJA DE COMPENSACION	NO	NINGUNA		$ 903.600	$ 3.035.500

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	5570192160

José M. Peralta Z

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
17.956.572
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ BAQUERO
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PFOFESIONAL ESPECIALIZADO

FABIAN ESNEIDER SANABRIA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
REFERENTE MEDICINA INTERNA

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	17956572	Jose Miguel Peralta Zabaleta		cl 22 a 72 b 48 apto 902 torre 3	3134198045	jompeza@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-07	2021-07	I	03/08/2021	52391886	$3.035.500	

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	1.188.000	0		0		0	0	0	0	1.188.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.520.700	0	0	47.600	47.600	0	0		1.615.900	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	231.600				231.600	0	0	231.600			2.316	231.600	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	1.188.000	1.188.000
Pensión	1	1.615.900	1.615.900
Riesgos Laborales	1	231.600	231.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.035.500	3.035.500

PAGADA

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	17956572	Jose Miguel Peralta Zabaleta		cl 22 a 72 b 48 apto 902 torre 3	3134198045	jompeza@yahoo.es	
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	
2021-07	2021-07	I	03/08/2021	52391886	$3.035.500	

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	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	17956572	PERALTA ZABALETA JOSE MIGUEL	59	0			N									230201	9.504.000	1.520.700	0	0	47.600	47.600	EPS005	9.504.000	1.188.000	14-11	9.504.000	3	231.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

JOSE MIGUEL PERALTA ZABALETA
NIT: 17956572-6
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
CL 54 4 35 AP 503, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3134198045
Email. jompeza@yahoo.es

Autorización factura electrónica de venta No. 18764011789000 válida desde 2021-03-24 hasta 2021-09-24 rango desde JP1 hasta JP100.

Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E
NIT: 900958564
Dirección: carrera 20 # 47B -35 sur, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110111
Teléfono: 7300000
Email: contactenos@subredsur.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 31/08/2021
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: JP15
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 09:29:27
FECHA FIRMADO: 17/08/2021 14:29:28

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
17	08	2021	31	08	2021

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U. MEDIDA	CANTIDAD	PRECIO U.	IVA	DCTO.	TOTAL
1	2	honorarios contrato 2855-2021	HUR	138,00	$81.136,00		0,00	$11.196.768,00

Notas:
Prestación de servicios como medico Internista en el mes de agosto 2021

SON: (once millones ciento noventa y seis mil setecientos sesenta y ocho pesos)
CUFE: eba0843c1984a85ce29ff10e96834a437d530f66570e63b22aaee0cb1f0e5d6f6bf7ad6ae0f0db5c928520e54d96d1d5

Subtotal:	$11.196.768,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$11.196.768,00

Firma Digital:
j1cHOsg7ydplRW2tvB772OJbFMgt7uxjwpTrRdf+j7ZDmM7BfdJWKH47NRByXqP135Tfcc/UVoJAuVu7zmjgHGlzlQLemvhpBIWEE02ZbjITeNIQZFJ2ioqIr0i/xZSps6BDMme+LwTVrw9NaYoNpetHLFhuxO8MYFwW+ZTa+HOnjxa
XoN1vRxh5tl2MqOLQKCNE04T59FI1MuJQu/xnpPFIaWpBrc+ICpWNhR747tZtrukumzkbSgQailoDQrc5S8TSHz8Zyz7ova/loK26VVwHJcyh+Ht6LkaQQwsimLNsVF+R/2mLuK82vqFjkueCjHo2uuj4LkRVFnmyyTv1dw==

Este comprobante corresponde al periodo de: 01/08/2021 hasta: 31/08/2021.
Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Bogotá DC, 17 de Agosto de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI__X__ o NO ____cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI___X__ o NO _____cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
Miguel Angel Peralta Mancilla	1.043.453.900	Hijo	11	6 Prima media	Colegio Italiano Leonardo Davichi

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI ___X____ NO _____
5. SI ___X__ NO _____ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI __X___ NO _____ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_2.600.000_____
8. Solicito SI _____ NO _____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI __X_____ NO _____

Atentamente

José M. Peralta Z
NOMBRE
C.C 1795657L
UNIDAD USS Vista Hermosa

José M. Peralta Z.
FIRMA