| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | 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:** | RAFAEL LÓPEZ DÍAZ | | **Cédula:** | 11317268 | | |
| **Correo Electrónico:** | rafld.md@hotmail.com | | **Teléfono(s):** | 3107645894 | | |
| **Nombre del Supervisor - Planta:** | | | **Cargo:** | | **Codigo-Grado:** | |
| **Nombre del Supervisor - Contratista:** | LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ | | **Perfil** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | **No. CTO:** | 5010 |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Planta:** | | | **Cargo:** | | **Còdigo-Grado:** | |
| **Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:** | | | **Perfil** | | **No. CTO:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO CONTRATO:** | 004936 | **Año Contrato:** | **2021** | **C.D.P. CONTRATO INICIAL :** | **991** |
| **PERFIL:** | MÉDICO GENERAL | | | | |
| **DIRECCION A LA QUE PERTENECE:** | URGENCIAS | | | | |
| **UNIDAD DE SERVICIOS :** | TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS | | UNIDAD | CENTRO DE COSTOS | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **DIRECCION DE AMBULATORIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **DIRECCION DE URGENCIAS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **DIRECCION DE HOSPITALARIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **UCI PEDIATRICA** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **UCI NEONATAL** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **UCI ADULTOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **DIRECCION COMPLEMENTARIOS** | **Mostrar** | | | | | | | |
| **CONVENIO APH** | **Ocultar** | | | | | | | |
| SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO | | APH | G01TP | 192 | 12 | $ 32.906 | **$ 6.712.824** | 100,00% |
| | | | | | | | **$ -** | 0,00% |
| | | | | | | | **$ -** | 0,00% |
| **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:** | **$ 6.712.824** | **SEIS MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS** |

**EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO**

| FECHA INICIO CONTRATO | | 1/05/2021 | | | | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/09/2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. PRORROGA** | **FECHA INICIO** | **FECHA TERMINACION** | **No. ADICION** | **VALOR ADICION** | **CDP** | **N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO** | **MES CUENTA DE COBRO** | **VALOR A PAGAR** |
| | | | | | | **1** | **Mayo** | **$ 5.923.080** |
| | | | | | | **2** | **Junio** | **$ 5.923.080** |
| | | | | | | **3** | **Julio** | **$ 6.317.952** |
| | | | | | | **4** | **Agosto** | **$ 6.712.824** |
| | | | | | | **5** | | |
| | | | | | | **6** | | |
| | | | | | | **7** | | |
| | | | | | | **8** | | |
| | | | | | | **9** | | |
| | | | | | | **10** | | |
| | | | | | | **11** | | |
| | | | | | | **12** | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 30.602.580** | **$ 30.602.580** | **$ 24.876.936** | **$ 5.725.644** |

## 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 Profesionales como médico para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta, cumpliendo con los estándares de calidad, oportunidad y con la Norma de Habilitación de Servicios de Salud Vigente. | Se prestan servicios según cronograma mensual | Cronograma de actividades |
| 2 | Dar respuesta oportuna al direccionamiento de eventos y atenciones dados por la Direccion Centro Regulador de Urgencia y Emergencias (DUES), garantizando la oportunidad y continuidad de la atención medica durante los procesos de valoración, evaluación, formulación y entrega del paciente a la Institución de Salud, cumpliendo con los procedimientos guías y protocolos de la Subred Sur para la atención de pacientes en el programa de atención Prehospitalaria. | Se atienden los despachos dados por el CRUE | Bitacora de desplazamientos |
| 3 | Cumplir con el procedimiento de entrega y recibo de programación de actividades, con registro de novedades, además del reporte de necesidades administrativas y asistenciales para garantizar la operatividad de la móvil, verificando y salvaguardando cada uno de los equipos biomédicos asignados a las móviles del programa de Atención Prehospitalaria, además de cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional (Chaqueta, camisa, pantalón, botas y carné) durante el desarrollo de las actividades contractuales. | Se realiza la entrega y recibo de turno según los lineamientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur | Libro de Recibo y Entrega de turno |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E | **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E** | | |
| | **INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | **CO-OPS-FT-11 V6** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 4 | Dar un correcto uso a los elementos tecnológicos (celular institucional, Tablet...) asignados a las ambulancias por la Subred para el desarrollo de las actividades, así como garantizar el uso permanente de dichos dispositivos para mantener una comunicación efectiva y oportuna con la líder de la unidad funcional o con quien ella designe, realizar el registro en el sistema de información del 100% de los registros de la historia clínica, módulos de reportes, formulación de medicamentos, inventarios y control de medicamentos, fichas de notificación obligatoria, Seguridad del Paciente y lo inherente al proceso de atención PreHospitalaria, Ingresar en un término no mayor a 24 Horas posterior a su diligenciamiento los certificados de defunción, Cumplir con la resolución 1995 de 1999, dar respuesta a las Novedades Asistenciales y Administrativas que se generen durante el desarrollo de las actividades. | Se realizan reportes periodicos de las actividades y novedades del servicio utilizando de forma adecuada los elementos tecnológicos asignados a las ambulancias , asi aomo el registro y diligenciamiento a traves de estos de la documentación correspondiente a la Atención PreHospitalaria | Registros de comunicación efectuada a traves de los grupos de la coordinación de APH y la Historia Clínica de Atención PreHospitalaria electrónica |
| 5 | Liderar el equipo de la móvil asignada garantizando el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad y disponibilidad, dando cumplimiento a los direccionamientos dados por la dirección centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria. | Se dan ordenes para la atención de los diferentes incidentes | Historia Clínica de Atención PreHospitalaria electrónica |
| 6 | Revisar periódicamente los insumos y medicamentos asignados a los inventarios de la móvil, cumplir con el registro en los formatos diseñados, apoyar al equipo de calidad y seguimiento en la revisión periódica de las ambulancias. Garantizar la adecuada presentación personal e identificación como contratista de la Subred Sur; mantener una adecuada custodia de los equipos biomédicos, insumos y demás elementos de la móvil asignada, así mismo la entrega mensual de informe de actividades relacionadas con inventario. | Se revizan y se entregan las novedades de los insumos , equipos y medicamentos | Libros de Novedades , Certificados de Defunción y Medicamentos Controlados |
| 7 | Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias del programa de atención Prehospitalaria programados por el DUES y/o la SUBRED SUR E.S.E. | Se asiste a las reuniones y actividades de fortalecimiento convocadas por la coordinación | Lista de asistencia a reuniones y otras actividades |
| 8 | Las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato. | Se cumple con las demás actividades programadas por la coordinación de APH | Cronograma de actividades |

## INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL | | FECHA DE PAGO | | | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DIA | | | |
| 2021 | 7 | 2021 | 08 | 13 | 52636777 | | $ 6.317.952 |

**VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS:** SEIS MILLONES TRECIENTOS DIECISIETE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

| ÍTEM | | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|---|---|---|---|---|---|
| PENSIONADO | NO | PORVENIR | $ 2.527.181 | $ 404.300 | $ 784.300 |
| SALUD | | SANITAS | | $ 315.900 | $ 576.700 |
| ARL | 4 | SURA | | $ - | $ - |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | - | | $ 720.200 | $ 1.361.000 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 57000487025248 5 |
|---|---|---|---|---|---|

RAFAEL LÓPEZ DÍAZ
**NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA**
11.317.268
**CC. NO. CONTRATISTA**

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
**NOMBRE DEL SUPERVISOR**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO**

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 | 11317268 | Rafael Lopez Diaz | Dg 44 Sur 23-40 Bl 31 Ap 562 | 7474667 | rlopez690327@hotmail.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 | |
| 2021-07 | 2021-07 | I | 13/08/2021 | 52636777 | $1.361.000 | |

## 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 | 576.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 576.700 | 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 | 738.100 | 0 | 0 | 23.100 | 23.100 | 0 | 0 | | 784.300 | 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 | | | | | | | | | | |

**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 | 576.700 | 576.700 |
| Pensión | 1 | 784.300 | 784.300 |
| Riesgos Laborales | 0 | 0 | 0 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 2 | 1.361.000 | 1.361.000 |

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 |
| CC | 11317268 | Rafael Lopez Diaz | | Dg 44 Sur 23-40 Bl 31 Ap 562 | 7474667 | rlopez690327@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| 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 | 13/08/2021 | 52636777 | $1.361.000 | |

## 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 | ING | 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 | 11317268 | LOPEZ DIAZ RAFAEL | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 4.613.000 | 738.100 | 0 | 0 | 23.100 | 23.100 | EPS005 | 4.613.000 | 576.700 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

compensar | miplanilla.com



# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | Rafael Lopez Diaz | **Nit:** | 11317268 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Julio 2021 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Julio 2021 |
| **Número de radicación:** | 52636777 | **Total a pagar:** | $1,361,000 |
| **Fecha de vencimiento:** | 17/08/2021 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 13/08/2021 | **Número de administradoras:** | 2 |

## 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 de aprobación:** | 1093098829 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

## Totales

| Código | NIT | Administradoras | No. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 1 | | $0.00 | $784,300 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0.00 | $576,700 |
| | | | | | | **$1,361,000** |

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

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente

certicámara. Acerca de los certificados SSL icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

Powered by Cenet Edinet