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-oct.-21 | Hasta: | 31-oct.-21 | | | |
| Nombre del Contratista: | SONIA CRUZ PAEZ | | Cédula: | 52729086 | | | |
| Correo Electrónico: | sonicruz.sc@gmail.com | | Teléfono(s): | 3123142270 | | | |
| 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: | | Codigo-Grado: | | |
| Apoyo tecnico a la supervision - Contratista: | DILIA BEDOYA OCAMPO | | Perfil | PROFESIONAL APOYO AUTORI | No. CTO: | 3741-2021 | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO CONTRATO: | 003639 | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL : | 147 |
| PERFIL: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACION Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS | | | | |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION FINANCIERA | | | | |
| 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 | 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 | | 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 | 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 | 2021-10-31 | 3 | $ 3.500.148 | 2170 | 3 | Marzo | $ 1.750.074 |
| 4 | 2021-11-01 | 2021-11-15 | 3 | $ 2.625.111 | 2176 | 4 | Abril | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 5 | Mayo | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 6 | Junio | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 7 | Junio | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 8 | Agosto | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 9 | Septiembre | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 10 | Octubre | $ 1.750.074 |
| | | | | | | 11 | | |
| | | | | | | 12 | | |
| | | | | | | 13 | | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.000.296 | $ 16.625.703 | $ 15.750.666 | $ 875.037 |

## 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 | Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratacion | Recibir base de datos para el analisis de los correspondiente | Correo informe |
| 2 | Tramitar con la EPS los formatos correspondientes para las EAPB. | Envio a las EPS la base de datos con ajustes según contratacion para la correspondiente autorizacion | Correo informe |
| 3 | Realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorizacion con la EAPB. | Envio a las EPS la base de datos con ajustes según contratacion para la correspondiente autorizacion | Correos electronicos |
| 4 | Realizar tramite de autorizaciones de estancias según los censos efectuados para reporte a la EAPB. | Envio a las EPS la base de datos con ajustes según contratacion para la correspondiente autorizacion | Correos electronicos y/o llamada |
| 5 | Confirmar los traslados de camas en el sistema de informacion según reporte consultado en el sistema cada media hora | Recibir base de datos para el analisis de los correspondiente | Correos electronicos |
| 6 | Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas la acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por la EAPB. | Hacer trazabilidad en la base de datos para el proceso de facturacion | Correos electronicos |
| 7 | Propender para que todas las ordenes medicas y Anexos 3 que se generen en el turno sean tramitados | Reportar a las eps solicitudes generadas por parte asistencial | Correos electronicos |
| 8 | Realizar autorizaciones de los traslados efectuados primarios | Comunicarse con la eps para generar la autorizacion de los traslados | Correos electronicos y/o llamada |
| 9 | Cumplir con todos los procesos y procedimientos estipulados para cumplir con las metas de central de la autorizacion | Gestionar en tiempo oportuno la solicitud de autorizaciones | Correos electronicos |
| 10 | Demas actividades delegadas en el cumplimiento de la plataforma estrategica de la institucion | Por necesidad del servicio | Correos electronicos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

## 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 | 9 | 2021 | 10 | 11 | 7810382009 | | $ 1.750.074 |

| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS | UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL SETENTA Y CUATRO 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 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| SALUD | | SURA | | $ 113.600 | $ 113.600 |
| ARL | 1 | SURA | | $ 4.700 | $ 4.800 |
| CAJA DE COMPENSACION | NO | | | $ 263.700 | $ 263.800 |

## INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 00 8480274383 |
|---|---|---|---|---|---|

SONIA CRUZ PAEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.729.086
CC NO. CONTRATISTA

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

DILIA BEDOYA OCAMPO
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL APOYO AUTORIZACIONES

2021-02-12

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI · DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52729086 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | SONIA CRUZ PAEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 11 ESTE 36G 80 SUR | TELÉFONO: | 4962819 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 7810382009 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES septiembre | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES septiembre | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/10/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1160131162 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 52729086 | CRUZ PAEZ SONIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | [illegible] | [illegible] | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 52729086 | $ 4.800 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

SOI

2021/10/11 7:56 AM USUARIO: SOI CC52729086

1 Informacion 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?** 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO-3639-2021.pdf | CERTIFICACION FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-3639-2021.pdf | MARZO-3639-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL-3639-2021.pdf | CERTIFICACION ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO-3639-2021.pdf | CERTIFICACION MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO-3639-2021.pdf | CERTIFICACION JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO-3639-2021.pdf | JULIO-3639-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO-3639-2021.pdf | AGOSTO-3639-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE-3639-2021.pdf | SEPTIEMBRE-3639-2021.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >