	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-DPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-dic-21	Hasta:	31-dic-21		
Nombre del Contratista:	CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA.		Cédula:	52715339		
Correo Electrónico:	dayannramirez@yahoo.com.ar		Teléfono(s):	3132528582		
Nombre del Supervisor - Planta:	NANCY SOFIA TABARES RAMIREZ		Cargo:	DIRECTOR ESCALO	Código-Grado:	009-05
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil:		No. CTO:	
Apoyo técnico a la supervisión - Planta:			Cargo:		Código-Grado:	
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	ANGELICA ESNEDA SARRIA MESA		Perfil:	REL. TECNICO TERAPIAS	No. CTO:	1383-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	201890	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72
PERFIL:	TERAPEUTA RESPIRATORIA				
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE:	SERVICIOS COMPLEMENTARIOS				
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	Ocultar							
HOSPITALIZACION - OBSERVACION		HORA	80701	186		$ 17.685	$ 3.283.830	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO API(	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:	$ 3.283.830	TRES MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				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	$ 5.826.150	956	1	FEBRERO	$ 2.754.180
2	2021-07-01	2021-08-31	2	$ 3.777.900	1588	2	MARZO	$ 3.283.830
3	2021-09-01	2021-10-31	3	$ 5.826.150	2028	3	ABRIL	$ 3.177.900
4	2021-11-01	2021-12-31	4	$ 5.190.570	2700	4	MAYO	$ 3.071.970
5	2022-01-01	2022-01-31	5	$ 3.707.550	3269	5	JUNIO	$ 3.177.900
						6	JULIO	$ 2.436.390
						7	AGOSTO	$ 2.224.530
						8	SEPTIEMBRE	$ 3.177.900
						9	OCTUBRE	$ 3.495.690
						10	NOVIEMBRE	$ 3.177.900
						11	DICIEMBRE	$ 3.283.830
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.851.490	$ 33.579.810	$ 33.262.020	$ 317.790

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	Cumplir con el objeto del contrato, en coordinación con el Supervisor de éste y acorde con las necesidades de la SUBRED SUR E.S.E.	Cumplir con el objeto del contrato	Historia Clinica
2	Ejecutar las obligaciones específicas acorde con los Protocolos, Guías, Lineamientos, Manuales que regulan su perfil.	Ejecutar las obligaciones específicas acorde con los Protocolos	Historia Clinica
3	Incluir dentro de los documentos, en el punto 4 DOCUMENTOS DEL PROVEDOR de la Plataforma Secop II al momento de la aceptación del contrato, la poliza de Responsabilidad Civil Profesional (cuando sea del caso), la cual deberá mantener vigente durante el plazo de la ejecución del contrato.	Subir los documentos solicitados a la plataforma del Secop II.	Secop II
4	Incluir dentro de los documentos, en el punto 4 DOCUMENTOS DEL PROVEDOR de la Plataforma Secop II al momento de la aceptación del contrato, certificación de cuenta bancaria la cual debe contener la siguiente información: Nombres y apellidos, documento de identidad, constancia que EL CONTRATISTA es el titular, número de cuenta, en papel membretado del Banco Emisor.	Subir los documentos solicitados a la plataforma del Secop II.	Secop II

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-41 V6

5	Cumplir con las actividades inherentes al objeto contractual, para el mejoramiento de la calidad y dentro de las Iniciativas dentro de los Planes de Mejoramiento de los estándares de habilitación y acreditación de los servicios que hacen parte del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS), así como con los planes que se formulen en el Plan Operativo Anual y el Plan de Gestión, Guías, Protocolos, Procedimientos, y MIPG, Código de integridad de LA SUBRED SUR E.S.E.	Cumplir con las actividades del contrato de acuerdo con los estándares de calidad y normatividad de los servicios de salud	Historia Clínica
6	Apoyar la ejecución de Auditorías de los entes de control, presentando la información y/o soportes requeridos, que se relacionen al objeto del contrato.	Brindar la información requerida para las auditorías	Soportes
7	Brindar atención humana, eficaz, cálida tanto al cliente interno como externo que requiera el servicio, dando con las obligaciones contractuales	Brindar una atención humana	Historia Clínica
8	Asistir a inducción y/o reinducción programada por LA SUBRED SUR E.S.E. y por las entidades autorizadas por ésta, con el fin de contribuir al desarrollo de las obligaciones contractuales.	Asistir a todas las capacitaciones programadas	Hoja de asistencia
9	Mantener la confidencialidad, reserva de la información, preservar íntegramente los sistemas, las tecnologías de la información y comunicaciones que LA SUBRED SUR E.S.E	Mantener la confidencialidad de las historias clínicas	Historia Clínica
10	Responder por las glosas cuando se deban por razones imputables a EL CONTRATISTA, en los eventos que corresponda.	Solicitar los insumos y realizar la facturación de los procedimientos	Historia Clínica

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.177.900
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	11	2021	12	06	94280371 67		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO SETENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS PESOS.

ITEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 100% de la base de cotización del mes inmediatamente anterior al pago)
PENSIONADO	NO	COMPENSIONES	$ 1.271.160	$ 203.400	$ 203.600
SALUD		COMPENSAR		$ 158.900	$ 159.000
ARL	SI	SURA		$ 31.000	$ 31.000
CAJA DE COMPENSACION		COMPENSAR		$ 393.300	$ 393.600

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCOLOMBIA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	63839073563

CAROL DAYANA RAMIREZ GARCIA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.715.315
CC. NO. CONTRATISTA

NANCY SOFIA TABARES RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
DIRECTOR TECNICO

ANGELICA ESNEDA SABRIA MESA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
RTE. TECNICO TERAPIAS

2021-02-12

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52715319		RAMIREZ GARCIA CAROL DAYANN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 73 No. 57 R - 15 Torre 16 Apto 601	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	1233362555	9428037167	I	2021/12/06	2021/12/06	BANCOLOMBIA	0	$419,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,272,000	$203,600			$1,272,000	$159,000			$1,272,000	$25,500			$1,272,000	$31,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$1,272,000**	**$203,600**			**$1,272,000**	**$159,000**			**$1,272,000**	**$25,500**			**$1,272,000**	**$31,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						**$1,272,000**	**$203,600**			**$1,272,000**	**$159,000**			**$1,272,000**	**$25,500**			**$1,272,000**	**$31,000**		**$0**	**$0**
1	CC	52715319	RAMIREZ CAROL	25-14	30	$1,272,000	$203,600	EPS008	30	$1,272,000	$159,000	CCF24	30	$1,272,000	$25,500	14-11	30	$1,272,000	$31,000	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			**$1,272,000**	**$203,600**			**$1,272,000**	**$159,000**			**$1,272,000**	**$25,500**			**$1,272,000**	**$31,000**		**$0**	**$0**

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

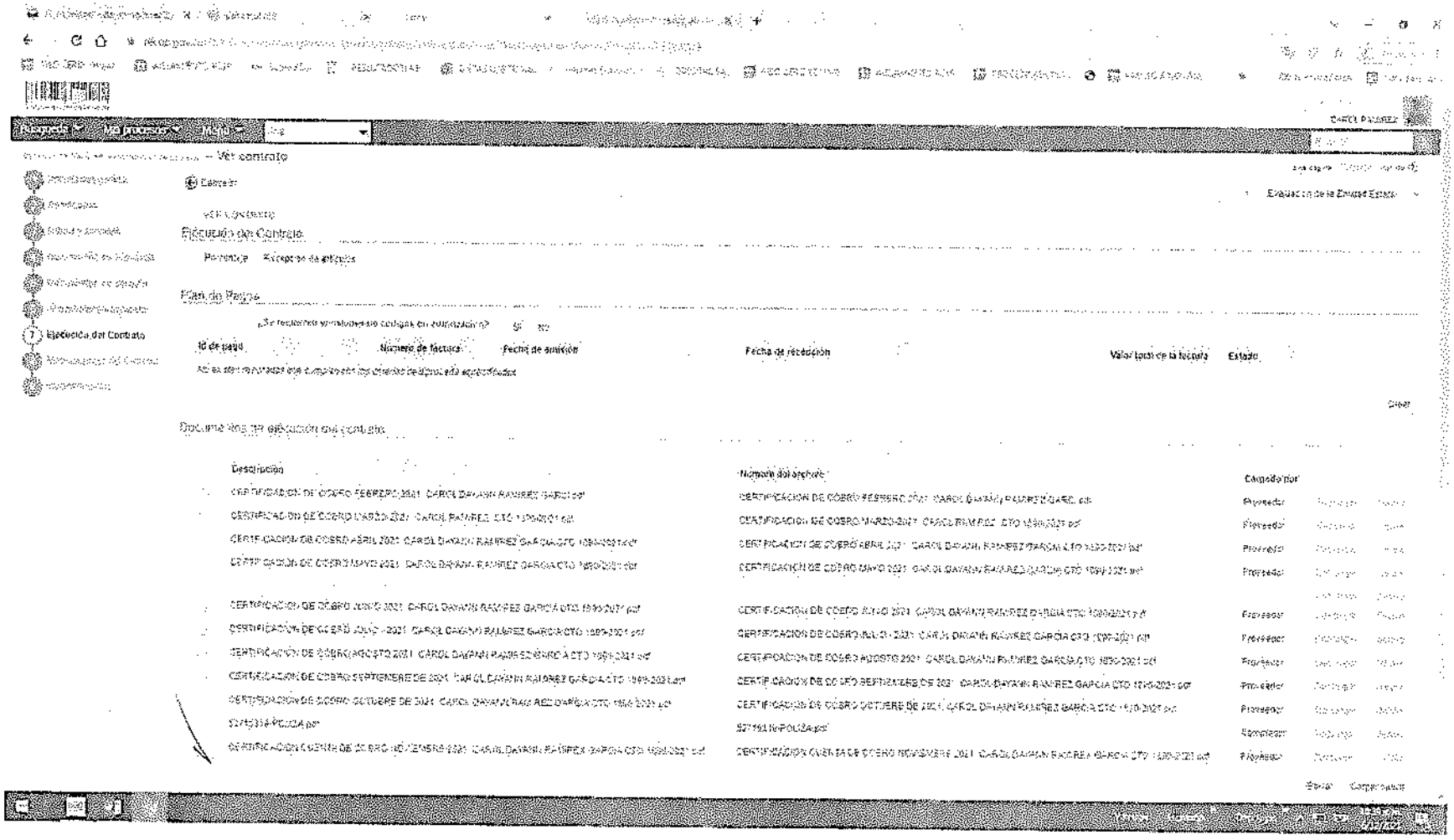
Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52715319		RAMIREZ GARCIA CAROL DAYANN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 73 No. 57 R - 15 Torre 16 Apto 601	BOGOTA-BOGOTA D.C.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-11	2021-11	1233362555	9428037167	I	2021/12/06	2021/12/06	BANCOLOMBIA	0	$419,100

RESUMEN DE PAGO

Riesgo	Código	Nit	Dv	Días/Mes	Valor Liquidado	Interés de Mora	Valor No Aportado	Valor a Pagar
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$203,600	$0	$0	$203,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$203,600	$0	$0	$203,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,000	$0	$0	$31,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,000	$0	$0	$31,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,500	$0	$0	$25,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$25,500	$0	$0	$25,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,000	$0	$0	$159,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$159,000	$0	$0	$159,000
TOTAL				1	$419,100	$0	$0	$419,100



Ver contrato

Ejecución del Contrato

Plan de Pagos

Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor bruto de la factura | Estado

Documentos de ejecución del contrato

Descripción | Nombre del archivo | Categoría

CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA.pdf | CERTIFICACION DE COBRO FEBRERO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO MARZO 2021 CAROL RAMIREZ GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO MARZO 2021 CAROL RAMIREZ GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO ABRIL 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO ABRIL 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO MAYO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO MAYO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO JUNIO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO JULIO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO JULIO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO JULIO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO AGOSTO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO AGOSTO 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO SEPTIEMBRE DE 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

CERTIFICACION DE COBRO OCTUBRE DE 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION DE COBRO OCTUBRE DE 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor

827161 POLIZA.pdf | 827161 POLIZA.pdf | Contratista

CERTIFICACION CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | CERTIFICACION CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2021 CAROL DAYANN RAMIREZ GARCIA GTO 1000-2021.pdf | Proveedor