

|                                                                                   |                                                       |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.     |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |  |

| DATOS DEL INFORME       |                             |            |                               |               |  |
|-------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------------|---------------|--|
| Período a Certificar:   | Desde:                      | 2022-07-01 | Hasta:                        | 2022-07-31    |  |
| Nombre del Contratista: | DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ |            | Número de Documento:          | 52289604      |  |
| Correo Electrónico:     | darygomez@gmail.com         |            | Número Telefónico:            | 3102607092    |  |
| Nombre del Supervisor:  | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA      | Cargo:     | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | Código Grado: |  |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                                                                              |               |      |                       |     |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                 | 3264-2022                                                                                    | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 471 |
| Perfil:                       | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN FINANCIERA                                                                         |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:          | USS-NUEVO MUZU                                                                               |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                      |                                                                    |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección            | Unidad                                                             | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| R23SA                        | DIRECCIÓN FINANCIERA | ADMINISTRATIVA                                                     | 186          | 20                       | 8480       | \$1746880 | 110.8%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1746880           | UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS OCHENTAPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |              |                     |             |                                           |      |            |
|-------------------------------------|--------------|---------------------|-------------|-------------------------------------------|------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        |              | 2022-02-01          |             | Fecha de Terminación del Contrato Inicial |      | 2022-04-30 |
| No. Prorroga                        | Fecha Inicio | Fecha Terminación   | No. Adición | Valor Adición                             | CDP  |            |
| 1                                   | 2022-04-01   | 2022-07-31          | 1           | \$ 3154560                                | 1097 |            |
| 2                                   | 2022-06-01   | 2022-06-30          | 2           | \$ 101760                                 | 1762 |            |
| 3                                   | 2022-07-01   | 2022-09-30          | 3           | \$ 2272640                                | 2014 |            |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado |              | Mes Cuenta de Cobro |             | Valor a Pagar                             |      |            |

## EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

|   |         |            |
|---|---------|------------|
| 1 | FEBRERO | \$ 1577280 |
| 2 | MARZO   | \$ 1577280 |
| 3 | ABRIL   | \$ 1577280 |
| 4 | MAYO    | \$ 1577280 |
| 5 | JUNIO   | \$ 1679040 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 4731840                 | \$ 10260800              | \$ 7988160       | \$ 2272640         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                       | PRODUCTO O EVIDENCIA                  |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1                                                       | Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna. | ATENCION HUMANIZADA, RESPETUOSA Y SOLIDARIA A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS                                                                                                   | NO QUEJAS-FACTURAS                    |
| 2                                                       | Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación y procedimientos ambulatorios en cada una de las unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución, recaudando los copagos para los usuarios que así lo ameriten,                                                                                                                                                                                                     | ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD, FACTURAR LAS CONSULTAS, PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DX, TERAPIAS ETC                                                         | INGRESO A PACIENTES Y RESIVOS DE CAJA |
| 3                                                       | Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RECAUDOR LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS REALIZANDO ENTREGA A DIARIO A TESORERIA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS, CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN | FACTURAS-FORMATO                      |
| 4                                                       | Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la corrección de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolución y/o anulación, al igual que la corrección de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TECNICOS, GESTION DE ANULACIÓN Y REEMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS                                                 | FACTURA-RESIVOS                       |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                       | PRODUCTO O EVIDENCIA                  |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 5                                                       | Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios aperturados los cuales se encuentren en estado registrado o bloqueado y que por ende no tienen factura asociada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TECNICOS, GESTION DE ANULACIÓN Y REEMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS | REPORTE DE FACTURAS                   |
| 6                                                       | Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro entre el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales. En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar | REALIZAR LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACIÓN                            | CERTIFICACION                         |
| 7                                                       | Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SE CREAN DE FORMA COMPLETA LOS PACIENTES QUE INGRESAN A LA INSTITUCION DEJANDO REGISTRO EN EL SISTEMA DE INFORMACION             | RESPALDO EN EL SISTEMA DE INFORMACION |

# INFORMACION DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago                      |       | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                      | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | \$ 1679040                  |                |
|---------------------------------------------------------|-------|---------------|-----|-----|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| AÑO                                                     | MES   | AÑO           | MES | DÍA | 59692195                                                |                                                  |                             |                |
| 2022                                                    | JUNIO | 2022          | 07  | 21  |                                                         |                                                  |                             |                |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |       |               |     |     | UN MILLON SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CUARENTAPESOS |                                                  |                             |                |
| Item                                                    |       |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social                 | Ingreso Base de Cotización                       | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
| Pensionado                                              |       |               |     | NO  | PORVENIR                                                | \$ 1000000                                       | \$ 160000                   | \$ 160000      |
| Salud                                                   |       |               |     |     | COMPENSAR                                               |                                                  | \$ 125000                   | \$ 125000      |
| ARL                                                     |       |               |     | 3   | SURA                                                    |                                                  | \$ 24360                    | \$ 24400       |
| Caja de Compensación                                    |       |               |     | NO  |                                                         | Total                                            | \$ 290220                   | \$ 309400      |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870482033 |
|------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|
|------------------|-----------------------|----------------|---------|------------------|------------|

*Dary Yadira Gomez R.*

DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ  
52289604

*Luiz Analida Paez Parra*

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

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

**Señor(a):** DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ  
**No. Identificación:** CC52289604  
**Dirección:** CLL 137 SUR 2 A 43  
**Telefono:** 3102607092  
**Correo:** darygomez432@gmail.com  
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.  
**Número de Planilla:** 59692195

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Nombre Aportante                | DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ |
| Tipo y número de identificación | CC52289604                  |
| Número de planilla              | 59692195                    |
| Fecha pago                      | 2022-07-21                  |
| Número de autorización pago     | 1203924                     |
| Banco                           | 1083                        |

|                               |               |
|-------------------------------|---------------|
| Número de Empleados           | 1             |
| Periodo de Cotización Salud   | junio de 2022 |
| Periodo de Cotización Pensión | junio de 2022 |
| Número de Administradoras     | 3             |
| Total Pagado                  | 309400        |
| Total Intereses de Mora       | 0             |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE        | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|---------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA      | 24400        | 1                   |
| 230301                | Porvenir      | 160000       | 1                   |
| EPS008                | Compensar EPS | 125000       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 52289604  
APELLIDOS Y NOMBRES: DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ

| 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   | 230301   | 1000000   | 1000000     | 1000000     | 0         | 125000           | 0         | 160000             | 0                                | 24400              | 0            |

Buscar

mis procesos

Menú

Ir a

Escribir → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 información general

Datos guardados

2 Condiciones

cancelar

&lt; Evaluación de la Entidad Estatal &gt;

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

8 Modificaciones del Contrato

| identificación de pago | número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | valor total de la factura | Estado |
|------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|
|------------------------|-------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------|

9 cumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                       | Nombre del archivo     | Cargado por |              |         |
|--------------------------|-----------------------------------|------------------------|-------------|--------------|---------|
|                          | ENERO_7536_2021.pdf (Archivado)   | ENERO_7536_2021.pdf    | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
|                          | FEBRERO-3264-2022.pdf (Archivado) | FEBRERO-3264-2022.pdf  | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MARZO-3264-2022.pdf               | MARZO-3264-2022.pdf    | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | FEBRERO-3264-2022..pdf            | FEBRERO-3264-2022..pdf | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | ABRIL-3264-2022.pdf               | ABRIL-3264-2022.pdf    | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | MAYO-3264-2022.pdf                | MAYO-3264-2022.pdf     | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
| <input type="checkbox"/> | JUNIO-3264-2022.pdf               | JUNIO-3264-2022.pdf    | Proveedor   | Descargar    | Detalle |
|                          |                                   |                        | Rorrar      | Cargar nuevo |         |

cancelar

&lt; Evaluación de la Entidad Estatal &gt;



**El futuro es de todos**

**FORMULARIO ÚNICO**

**DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA**

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



Última Actualización: 22-Jul-2022

**1. DECLARACION JURAMENTADA**

**1.1 DE BIENES Y RENTAS**

**YO, DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ**

**IDENTIFICADO CON** C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52289604 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

**País** Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

**Dirección** CL 137 SUR 14 a 43 **Teléfonos** 3102607092 7660174

**Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:**

| NOMBRES Y APELLIDOS       | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---------------------------|------------------------|------------|
| Lina Yeritza Eslava Gomez | 1023035856             | Hijo(a)    |



**BOGOTÁ**



## FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

### DATOS PERSONALES

|                    |                                                   |
|--------------------|---------------------------------------------------|
| Nombre:            | DARY YADIRA GOMEZ RODRIGUEZ                       |
| Identificación:    | 52289604                                          |
| Entidad:           | Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. |
| Cargo:             | Contratista                                       |
| Correo:            | darygomez432@gmail.com                            |
| Tipo declaración:  | Para actualizar durante la ejecución del contrato |
| Fecha Declaración: | 22/07/22 0:00                                     |



FORMATO ÚNICO  
**HOJA DE VIDA**

Persona Natural  
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

**sideap**<sup>2.0</sup>

Última Actualización: 25-jul-2022  
Fecha Validación: 25-jul-2022

1

**DATOS PERSONALES**

|                                                                                                                                               |  |                                                    |                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PRIMER APELLIDO</b><br>GOMEZ                                                                                                               |  | <b>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</b><br>RODRIGUEZ |                                                                                                                                                                     | <b>NOMBRES</b><br>DARY YADIRA |                                                                                              |
| <b>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b><br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52289604 |  |                                                    | <b>SEXO</b><br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>                                                                                           |                               | <b>NACIONALIDAD</b><br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/> |
| <b>LIBRETA MILITAR</b><br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                     |  |                                                    |                                                                                                                                                                     |                               |                                                                                              |
| <b>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</b><br>FECHA DIA 11 MES NOV AÑO 1979<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.               |  |                                                    | <b>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</b><br>CL 137 SUR 14 a 43<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 7660174<br>EMAIL darygomez432@gmail.com |                               |                                                                                              |

 Tono



SILENCIO

Servicios de Salud  
E.S.E.

**MEDICIÓN DEL  
CONOCIMIENTO A LOS  
COLABORADORES SOBRE  
LOS DERECHOS Y DEBERES  
INSTITUCIONALES.**

Se registro la información con éxito

Aceptar

Número de documento de identidad

Pregunta requerida

Unidad de atención

