Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-04-01	**Hasta:**	2023-04-30	
Nombre del Contratista:	YONATHAN SAID MOYANO ARIZA		**Número de Documento:**	79894350	
Correo Electrónico:	yonathansaid1977@gmail.com		**Número Telefónico:**	3186864732	
Nombre del Supervisor:	LENI RODRIGUEZ MORALES	**Carga:**	ENFERMERO	**Código - Grado:**	243-20

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	1900-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	507
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO -AUXILIAR DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
NHTS	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS	TRASLADO SECUNDARIO	180	60	9158	$2197920	129%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2197920**	**DOS MILLONES CIENTONOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS VEINTEPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 2088024	
2	MARZO	$ 2088024	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8516940	$ 8516940	$ 4176048	$ 4340892

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar servicios apoyo administrativo y logistico auxiliar (SIRC) Referencia y contrarreferencia para la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E, garantizando la continuidad, oportunidad e integralidad en la atención del paciente.	-Prestar servicios de apoyo administrativo (SIRC) Referencia y Contrareferencia en la Subred Sur, durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta	-Libro de entrega de turno y novedades
2	Dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 4747 de 2007 que rige el proceso de referencia y contrarreferencia.	-Diligenciar diariamente de manera oportuna las bases y aplicativos que solicitan información de la labor realizada tales como el RUR y la SIRC, entre otras que se hagan necesarias.	-bases de datos y aplicativos
3	Realizar la presentación del paciente ante las diferentes entidades prestadoras de salud de manera oportuna y veraz, dejando registros de la gestión realizada en el aplicativo distrital SIRC.	-Se realizan y se entregan oportunamente y verazmente los informes a los que haya lugar según solicitudes de las diferentes áreas internas y entes externas.	-bases de datos y aplicativos
4	Hacer seguimiento de las solicitudes realizadas a cada paciente con la finalidad de dar cumplimiento a la misma (interconsultas, apoyos diagnósticos, referencias o traslados hospitalarios).	-Se realizan y se entregan oportunamente y verazmente los informes a los que haya lugar según solicitudes de las diferentes áreas internas y entes externas.	-informes.
5	Reportar las solicitudes de procedimientos no ofertados al grupo de electivas en el formato de solicitud y con los mecanismos definidos por el Ministerio de la Proteccion Social.	-Realizar la presentación del paciente ante las diferentes entiadesprestadoras de Salud de manera oportuna y veraz, verificando con que se cuenta con la documentación e información necesaria para hacer efectivo el inicio de la remisión	-Libro de novedades y bitácoras
6	Realizar entrega oportuna y veraz de los informes a los que haya lugar según solicitudes.	-Dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 4747 de 2007 que rige el proceso de referencia y contrareferencia	-bases de datos y aplicativos
7	Diligenciar diariamente de manera oportuna las bases y aplicativos que soliciten información de la gestión realizada, generar reporte en el aplicativo distrital SIRC la ocupación de camas según la unidad en la que se encuentre asignado.	-Reportar las solicitudes de procedimientos no ofertados al grupo de electivas direccion de aseguramiento y garantia al derecho a la salud, con el fin de redireccionar el paciente segun respuesta dada	-LISTAS DE CHEQUEO
8	Gestionar la recepción de pacientes en las diferentes unidades de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-Hacer seguimientos de pacientes de las solicitudes realizadas a cada con la finalidad de dar cumplimiento a la autorización, registrando el tiempo de cada llamada en las bitácoras establecidas	-actas de cumplimiento
9	Cumplir con la programación de actividades relacionadas con el fortalecimiento de las competencias Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	-Diligenciar diariamente de manera oportuna las bases y aplicativos que solicitan información de la labor realizada tales como el RUR y la SIRC, entre otras que se hagan necesarias	-bases de datos y aplicativos

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior		$ 2088024
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	66673393			
2023	MARZO	2023	04	25				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES OCHENTA Y OCHO MIL VEINTICUATROPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 187500
Salud					COMPENSAR		$ 145000	$ 146500
ARL				3	SURA		$ 28258	$ 28600
Caja de Compensación				NO		Total	$ 336655	$ 362600

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488407043923

YONATHAN SAID MOYANO ARIZA
79894350

LENI RODRIGUEZ MORALES
ENFERMERO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	79894350	YONATHAN SAID MOYANO ARIZA	cra 7b no 9-24 sur int 5	5798944479	yonathansaid1977@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2023-03	2023-03	I	25/04/2023	86673393	$362.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	8	1.500	0	146.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	185.500	0	0	0	0	8	1.900	0	187.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Nalp 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	800362790-3	28.300				28.300	8	300	28.600			293	28.600	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	145.500	146.500
Pensión	1	185.500	187.500
Riesgos Laborales	1	28.300	28.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	362.600

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79884350	YONATHAN SAID MOYANO ARIZA		cra 71 no 9-24 sur int 5	676944478	yonathansaid1977@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1- dependiente			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	IBC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	1	25/04/2023	66673393	$362.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES					
No	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Número	Departamento (Solo Validez)	Municipio	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	SUS	INC	LNR	CDP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Aportante	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase	Cotización	Ciudad CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79884350	MOYANO ARIZA YONATHAN SAID	07	R		N												230901	1.160.000	185.600	0	0	R	0	EPS008	1.160.000	145.000	64-01	1.160.000	7	28.500			R	R	R	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Información 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

Datos guardados

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	FEBRERO 2023	YONATHAN MOYANO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MARZO CTO 1900-2023	JONATHAN SAID.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >