66

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-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	EDYLAMAR GONZALEZ CASTRO		Cédula:	53130436			
Correo Electrónico:	edylagonzalez123@gmail.com		Teléfono(s):	3057330075			
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:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		Perfil	PROFESIONAL DE APOYO	No. CTO:	3742-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003654	Año Contrato: 2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	147	
PERFIL:	AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USME				

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							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
							$ -	0,00%
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
							$ -	0,00%
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH								
SIRC								
RURALIDAD							$ -	0,00%
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVI (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD								
GESTION DEL RIESGO								
SALUD PUBLICA PIC								
HONORARIOS								
REMUNERACION							$ 1.750.074	100,00%
FACTURACION							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:

FECHA INICIO CONTRATO		
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMI

VALOR INICIAL DEL CONTRA

$ 7.00

SALDO DEL CONTRATO

$ 5.250.222

31/05/2021

OBRO	VALOR A PAGAR
	$ 1.750.074

EMPRESA [redacted] EFECTIVO LTDA.
NIT. [redacted]30 _ 131.993-1
Calle 96 No _ 12-55 Bogota

PAG [redacted] DE FACTURAS

1136 PLAN [redacted] ILLA ASISTIDA SIMPLE

CORRESPONS [redacted] AL BANCO DE OCCIDENTE

REFERENCIA 8837237950

NUMERO DE APRO [redacted] ACION 442131

Fecha: 15/02/2021 16:57:22
DV: 255803
NUM. TRANSACCI [redacted] N 1030304728
Valor $299.400,00

CORRESPONSAL OCCIDENTE. LA IMPLICA SU A INFORMACION, OFICIAL DE 018000512825 PUNTO DE ATEN DE PAGO, CONVE Y MONTO DEL SI NO ESTA DE ALLI INC CORRESPONDE REALIZADO, INF AL CAJERO LA HACER LAS CORR DE LO CONTRA OCCIDE RESPONSA

BANCARIO PARA BANCO DE IMPRESION DE ESTE TIQUETE CEPTACION, VERIFIQUE LA ES TE ES EL UNICO RECIBO PAGO. LINEA NACIONAL: ANTES DE RETIRARSE DEL CION VERIFIQUE REFERENCIA NIO LA FECHA, HORA, TIPO OPOR TE DE PAGO REALIZADO. ACUERDO CON LA INFORMACION RPOR RADA O LA MISMA NO LA INFORMACION DEL PAGO ORME LE DE MANERA INMEDIATA CORRECCION REQUERIDA PARA ECC IONES A QUE HAYA LUGAR. IO NI EFECTY NI BANCO DE TE S.A. ASUMIRAN LA IL I DAD SOBRE RECLAMOS POS TERIORES.

PS Recaud [redacted]ador : 999294 ARBORIZADORA BAJA

[redacted]Cajero: JEJASIHE

Recibi Conf [redacted]orme:_____

C.C._____

OBLI	
1	Crear de forma completa los pacientes qu información, realizar verificación de derec realizar anotación en la hoja de seguimier forma adecuada y oportuna
2	Asignar cama en el sistema de informació sistema actualizado en la entrega de turn

EPORTADO

MIENTO DE	PRODUCTO O EVIDENCIA
CION SEGÚN	ADMISION
O	CENSO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E	
	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

3	Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB, sin importar la existencia de contrato o NO la notificacion es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados la dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	FORMATO
4	Verificar y realizar de cargos diarios (De terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clinico, radiologia, terapia física, patología, nutrición, clinica de heridas, banco de sangre, procemientos de gastro, urologia, radiologia, intervensionista, cardiologia) realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería	HACER CARGOS A DIARIO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, GENERANDO FACTURA, ORDEN DE SALIDA, RECIBO DE CAJA Y O PAGARES CUANDO DE LUGAR	FACTURA, ORDEN DE SALIDA, RECIBO DE CAJA Y PAGARE
5	Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega, la actividad se deberá realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas, anulación de facturas con reemplazo dentre de las 24 horas a la anulación	ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO Y TRAMITE DE ANULACION CUANDO SE REQUIERA, CON REEMPLAZO DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO	FACTURA Y FORMATO DE ANULACION
6	Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro ente el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de actividades contractuales. En caso de retiro de las actividades contratadas asi 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 de trabajo faltante por certificar y las demas que sean asignadas por el lider del area	ENTREGA DE PARAFISCALES	PARAFISCALES

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.704.478
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	10	1034918445		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SETECIENTOS CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y OCHO 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	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	NO			$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	474600080151

EDYLAMAR GONZALEZ CASTRO
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
53.130.436
CC NO. CONTRATISTA

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

ADRIANA CASTILLO NIÑO
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE APOYO

2021-02-12

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-10, 04:39:35 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034918445

Periodo Cotización: enero de 2021 **Periodo Servicio:** enero de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8818377160

PAGADO 10/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO		
Documento	CC53130436	**Dirección**	CL 69D SUR #3 - 49 BIS AURORA
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	305733075
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53130436	EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO	59	00																		0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908,526	$ 145,400	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 908,526	$ 113,600	2,436	$ 908,526	$ 22,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281,200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908,526	$ 908,526	$ 908,526	$ 0	$ 145,400	$ 113,600	$ 22,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281,200	$ 0	$ 281,200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.