

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

|                                               |                         |              |                           |                    |
|-----------------------------------------------|-------------------------|--------------|---------------------------|--------------------|
| Periodo a Certificar:                         | Desde:                  | 01-mar.-21   | Hasta:                    | 31-mar.-21         |
| Nombre del Contratista:                       | JUAN DAVID GOMEZ MOLANO | Cédula:      | 1033802840                |                    |
| Correo Electrónico:                           | willi1895dg@gmail.com   | Teléfono(s): | 3102523633                |                    |
| Nombre del Supervisor - Planta:               |                         | Cargo:       | PROFESIONAL ESPECIALIZADO | Código-Grado:      |
| Nombre del Supervisor - Contratista:          | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA  | Perfil:      |                           | No. CTO: 3543-2021 |
| Apoyo técnico a la supervisión - Planta:      |                         | Cargo:       |                           | Código-Grado:      |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista: |                         | Perfil:      |                           | No. CTO:           |

DATOS DEL CONTRATO

|                               |                         |               |      |                          |     |
|-------------------------------|-------------------------|---------------|------|--------------------------|-----|
| NO CONTRATO:                  | 003721                  | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL: | 147 |
| PERFIL:                       | AUXILIAR ADMISNITRATIVO |               |      |                          |     |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | DIRECCION FINANCIERA    |               |      |                          |     |
| UNIDAD DE SERVICIOS:          | NUEVO MUZU              |               |      |                          |     |

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        |                                             |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                         | Mostrar        |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI PEDIATRICA                                                                     | Mostrar        |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI NEONATAL                                                                       | Mostrar        |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| UCI ADULTOS                                                                        | Mostrar        |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                          | Mostrar        |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| CONVENIO APH                                                                       | Mostrar        |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| SIRC                                                                               |                |                                             |                     |                        |            |              |                                 |
| RURALIDAD                                                                          | Mostrar        |                                             |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| 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                                       |                     |                        |            | \$ 2.022.500 | 100,00%                         |
|                                                                                    |                |                                             |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                                                    |                |                                             |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                                                       | \$ 2.022.500   | DOS MILLONES VEINTIDOS MIL QUINIENTOS PESOS |                     |                        |            |              |                                 |

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO |              | 2021/02/01        |             |               |     | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL |                     | 2021/05/31    |           |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------|---------------|-----|------------------------------------|---------------------|---------------|-----------|
| No. PRORROGA          | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 1                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 2                                  | Febrero             | \$            | 2.022.500 |
|                       |              |                   |             |               |     | 3                                  | Marzo               | \$            | 2.022.500 |
|                       |              |                   |             |               |     | 4                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 5                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 6                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 7                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 8                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 9                                  |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 10                                 |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 11                                 |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 12                                 |                     |               |           |
|                       |              |                   |             |               |     | 13                                 |                     |               |           |

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 8.090.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 8.090.000

PAGOS REALIZADOS

\$ 4.045.000

SALDO DEL CONTRATO

\$ 4.045.000

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS ( Las estipuladas en la minuta ) |                                                                                                                                                                       |  |  |  |  | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION |  | PRODUCTO O EVIDENCIA                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|----------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|
| 1                                                         | Realizar registro en los aplicativos, archivos y demás medios dispuestos por la subred para el control de la facturación y registro de las novedades de las facturas. |  |  |  |  | REALIZAR EL CONTROL Y REGISTRO DE LA FACTURACION                           |  | INFORME DETALLADO DIGITAL E IMPRESO |
| 2                                                         | Apoyar el proceso de soportes, armado de facturas y radicación de cuentas, garantizando el soporte y la completitud de la información para el proceso de radicación.  |  |  |  |  | SOPORTAR SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE LA FACTURACION                      |  | FACTURAS /HISTORIAS CLINICAS        |
| 3                                                         | Verificar la corrección oportuna por parte de los facturadores, en cuanto a las inconsistencias que se evidencien en el proceso de facturación.                       |  |  |  |  | CORECCION OPORTUNA DE LAS INCONSISTENCIAS DE LA FACTURACION                |  | FACTURAS /HISTORIAS CLINICAS        |
| 4                                                         | Realizar anulación de facturas en los casos en los cuales así se requiera para el proceso de corrección de facturas.                                                  |  |  |  |  | ANULACION DE FACTURARAS                                                    |  | INGRESOS/FACTURAS                   |

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

CO-OPS-FT-11 V6

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                     |                                                          |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 5  | Verificar el cobro adecuado de servicios y generarlos archivos planos necesarios para el cobro de la cuenta de Capital Salud y Fondo Financiero Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                            | VERIFICACION MEDIANTE ARCHIVOS PLANOS CUANTA COBRO CAPITAL SALUD Y FONDO FINANCIERO | FACTURAS/HISTORIAS CLINICAS                              |
| 6  | Apoyar el proceso de soporte , respuesta de glosas y refacturación de servicios en los casos en los cuales así lo requiera el área de cartera.                                                                                                                                                                                                                 | DAR RESPUESTA Y REFACTURAR DEVOLUCIONES A GLOSAS                                    | FACTURAS/HISTORIAS CLINICAS/BASES DE DATOS COMPROBADORES |
| 7  | Mantener actualizado en cuanto a normatividad vigente que aplique el proceso de admisiones, autorizaciones, facturación, radicación y demás afines al proceso.                                                                                                                                                                                                 | ACTUALIZACION MEDIANTE LA NORMATIVIDAD VIGENTE                                      | RESOLUCIONES-DECRETOS-ACUERDOS                           |
| 8  | Apoyar el proceso de egresos hospitalarios validando los soportes tanto administrativos, como asistenciales que permitan mejorar los tiempos de egreso de los usuarios y la correcta facturación de servicios.                                                                                                                                                 | SEGUIMIENTO A EGRESOS                                                               | HISTORIAS CLINICAS                                       |
| 9  | En caso de terminación del contrato, las actividades asignadas las deberá dejar al día en un 100%, así como la entrega del inventario y/o utensilios entregados por la subred para el cumplimiento de las actividades contractuales, siendo esto pre-requisito para la firma del paz y salvo institucional.                                                    | PAZ Y SALVO CON LA SUBREDSUR                                                        | FORMATO FISICO                                           |
| 10 | Realizar auditoría técnica a las cuentas generadas para la prestación de servicios de salud, dando cumplimiento a la normatividad vigente en cuanto a la facturación de servicios, cobro de copagos, soporte de facturas y demás relacionadas con el proceso de facturación, teniendo en cuenta las tarifas y servicios pactados en la matriz de contratación. | AUDITORIA A CUENTAS                                                                 | FACTURAS/HISTORIAS CLINICAS                              |
| 11 | Validar que las cuentas que así lo requieran cuenten con la validación de derechos autorización y/o tramite pertinente para el proceso de cobro.                                                                                                                                                                                                               | VALIDAR DERECHOS Y AUTORIZACIONES FRENTE AL TRAMITE DE COBRO                        | AUTORIZACIONES-COMPROBADOR DE DERECHOS                   |

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL | FECHA DE PAGO | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR |              |
|-------------------------------|---------------|--------------------|--------------------------------------------|--------------|
| AÑO MES                       | AÑO MES DÍA   |                    |                                            |              |
| 2021 2                        | 2021 03 08    | 7779873969         |                                            | \$ 2.022.424 |

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS DOS MILLONES VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO PESOS

| ÍTEM                 | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACION | VALOR MINIMO DE LOS APORTES | VALOR APORTADO<br>(Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| PENSIONADO           | NO                                    |                            | \$ 145.400                  | \$ 145.400                                                                                 |
| SALUD                | COLPENSIONES                          |                            | \$ 113.600                  | \$ 113.600                                                                                 |
| ARL                  | COMPENSAR                             | \$ 908.526                 | \$ 4.700                    | \$ 4.800                                                                                   |
| CAJA DE COMPENSACION | SURA                                  |                            | \$ 263.700                  | \$ 263.800                                                                                 |

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

|                   |                       |             |         |            |            |
|-------------------|-----------------------|-------------|---------|------------|------------|
| ENTIDAD BANCARIA: | BANCO DAVIVIENDA S.A. | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 4800405625 |
|-------------------|-----------------------|-------------|---------|------------|------------|

*Juan David G. Molano*

JUAN DAVID GOMEZ MOLANO  
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA  
1.033.802.840  
CC. NO. CONTRATISTA

*Luz Analida Paez Parra*

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

0  
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN  
0

2021-02-12

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                             |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA        | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1033802840            |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | JUAN DAVID GOMEZ MOLANO     |                                                 |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL     | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL         |
| DIRECCIÓN:                                                                | TRV 11 C ESTE # 47 - 48 SUR | TÉLEFONO: 7168729                               |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE            | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                     | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                       |                                                 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                             | NO                                              |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |              |                                    |
|--------------------------------|--------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 7779873969   | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: febrero | PERIODO COTIZACIÓN: febrero        |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2021    | SALUD: AÑO: 2021                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0            |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2021/03/08   | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 916534401     |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                    |            |              |
|-----------------------|--------|--------------------|------------|--------------|
|                       |        |                    | TOTALES    |              |
|                       |        |                    | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1          | \$ 145.400   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 145.400   |
| SALUD                 |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 860066942             | EPS008 | EPS008-COMPENSAR   | 1          | \$ 113.600   |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 113.600   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                    |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                    |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE             |            |              |
| 890903790             | 14-11  | 14-11 - ARL SURA   | 1          | \$ 4.800     |
| SUBTOTAL:             |        |                    | 1          | \$ 4.800     |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 263.800</b> |
|----------------------|-------------------|

