ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E 102

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:	YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ		Cédula:	1073696632			
Correo Electrónico:	maicol.kact@gmail.com		Teléfono(s):	3203762541			
~~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:	3741-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003644	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 :	USS SANTA LIBRADA				

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							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	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	Ocultar							
FACTURACION		SANTA LIBRADA	RZ3SA				$ 1.750.074	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.750.074	UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL SETENTA Y CUATRO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/05/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2	Febrero	$ 1.750.074
						3	MARZO	$ 1.750.074
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.000.296	$ 7.000.296	$ 3.500.148	$ 3.500.148

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	Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de informacion, atención humanizada tanto al personal interno como externo, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga, dnp , comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo 4 articulo 83 ley 1174 de 2011 5 numeral 1 del literal A) del Articulo 2 de la ley 1562 de 2012, asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna	Crear los usuarios correctamente en el sistema de informacion según base de datos para definir linea de pago	ADMISION
2	Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno	Asignación de camas a diario y actualizando el censo	CENSO

ALCALDIA 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

3	Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificul tades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente,	Solicitar las autorizaciones en tiempo real consignando en formato de autorizaciones el seguimiento diario	FORMATO DE AUTORIZACION
4	Verificar y realizar de cargos diarios (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo, generación de factura, Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de 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 dentro de las siguientes 24 horas a la anulación	Entrega de facturas a diario y tramite de anulación cuando se requiera, con reemplazo dentro del tiempo estipulado	FACTURA Y FORMATO DE ANULACION
6	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 firma de paz y salvo instituciona	Entrega inventario y untencilios entregados a la red una vez termindo el contrato	FORMATO DE PAZ Y SALVO

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	2	2021	03	10	8348820766		

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	COLPENSIONES	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 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	8400722016

YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.073.696.63
CC. NO. CONTRATISTA

Luz Analida Paez Parra
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

Adriana Castillo Niño
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE APOYO

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

Señor(a): YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ
No. Identificación: CC1073696632
Dirección: CARRERA 35 ESTE 35 04
Telefono: 3203762541
Correo: maicol.kact@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8348820766

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ
Tipo y número de identificación	CC1073696632
Número de planilla	8348820766
Fecha pago	2021-03-10
Número de autorización pago	1000000011
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2021
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2021
Número de Administradoras	4
Total Pagado	299400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	145400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	18200	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

8348820766

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1073696632
APELLIDOS Y NOMBRES: YONY MAIKOL ESCOBAR DIAZ

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	25-14	908526	908526	908526	908526	113600	0	145400	0	22200	0

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

MAR 10 2021 11:01:18 RBMICT 8.11
CORRESPONSAL
STL SERVICIOS TRANSACC
CL 32A 34A ESTE-102 LC

BANCO DE BOGOTA

STL C. SUCRE
C. UNICO: 0016999591 TER: 9A032447
V. ELECTRON. Cc
**4583 RECIBO: 006439 RRN: 012869
RECAUDO APRO: 354302

SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000000834882076
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 299.400

FECHA PLANILLA: 2021/02
VALOR PLANILLA: $ 299.400
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 03/10
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA