

 ALCALDE 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-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21			
Nombre del Contratista:	CRISTIAN CAMILO PULIDO TORRES			Cédula:	1031150620		
Correo Electrónico:	GOOD-PUNK@hotmail.com			Teléfono(s):	3118779686		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUZ ANALIDA PÉREZ PARRA			Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	3543-2021
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO			Perfil:	PROFESIONAL DE APOYO	No. CTO:	3742-2021

DATOS DEL CONTRATO			
NO CONTRATO:	003688	Año Contrato:	2021
		C.D.P. CONTRATO INICIAL :	147
PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO		
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA		
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS TUNAL		

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar						
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar						
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar						
UCI PEDIATRICA	Mostrar						
UCI NEONATAL	Mostrar						
UCI ADULTOS	Mostrar						
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar						
CONVENIO APH	Mostrar						
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	Mostrar						
FACTURACION	ADMINISTRATIVA	R23SA			\$	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		1/2/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL		31/5/2021	
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	Abril	\$	1.750.074
						5			
						6			
						7			
						8			
						9			
						10			
						11			
						12			
						13			

VALOR INICIAL DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> \$ 7.000.296 </div>	VALOR TOTAL DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> \$ 7.000.296 </div>	PAGOS REALIZADOS <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> \$ 5.250.222 </div>	SALDO DEL CONTRATO <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> \$ 1.750.074 </div>
---	---	---	---

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	Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información, realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosya, 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 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.				ASIGNACION DE CAMAS A DIARIO Y ACTUALIZANDO EL CENSO	CENSO
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 dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el trámite 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 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 pagares 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 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 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 econtratadas 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, 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		\$	1.750.074
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	7782957936					
2021	3	2021	04	09						
VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS					UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL SETENTA Y CUATRO 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			\$ 145.400	\$ 145.400	
SALUD					PORVENIR			\$ 113.600	\$ 113.600	
ARL					3		\$ 908.526	\$ 22.100	\$ 22.200	
CAJA DE COMPENSACION					SI			\$ 281.100	\$ 281.200	

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO					
ENTIDAD BANCARIA:	DAVIVIENDA S.A	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	004870491331

CRISTIAN PULIDO.

CRISTIAN CAMILO PULIDO TORRES

NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA

1.031.150.620

NO. CONTRATISTA

ADRIANA CASTILLO NIÑO

NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN

PROFESIONAL DE APOYO

LUZ ANÁLIDA PAEZ PARRA

NOMBRE DEL SUPERVISOR

PROFESIONAL ESPECIALIZADO

2021-02-12

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031150620
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CRISTIAN CAMILO PULIDO TORRES		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 84B 17 SUR	TELÉFONO:	7856328
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:	7782957936		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	951333695	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
800224808	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 145.400
SUBTOTAL:				1	\$ 145.400
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR		1	\$ 113.600
SUBTOTAL:				1	\$ 113.600
CAJA DE COMPENSACIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR		1	\$ 18.200
SUBTOTAL:				1	\$ 18.200
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 22.200
SUBTOTAL:				1	\$ 22.200

TOTAL PAGADO:	\$ 299.400
----------------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1001158260	NÚMERO PLANILLA:	7762957936	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL	MES:	marzo AÑO	PERIODO CONTINUACIÓN SALUD:	marzo AÑO
CEDULA/MUNICIPIO:	CARRERA 146 17 SUR	TELÉFONO:	7663028	DÍAS DE MORA:	0 <td>NÚMERO AUTORIZACIÓN:</td> <td>20210409</td>	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	20210409
DIRECCIÓN:	QUINCEPUNTO	QUINCEPUNTO:	INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos en sesión				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, BENA E (CBF (REFORMA TRIBUTARIA):							
				NO			

[illegible]

TOTAL APORTE A SALIR																
ADMINISTRADORA		Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORSA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORSA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPF008	EPF008-COMPENSAR	1		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.60
SUB-TOTALES:																
\$ 113.600																
\$ 113.60																

TOTAL APORTES A MIEMBROS PROFESIONALES											
ADMINISTRADORA		NÚMERO AUTORIZACIÓN		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	VALOR	INCAPACIDAD IRP	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
14-11	14-11- ARL SURA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 22.200	\$ 22.200	\$ 0	\$ 22.200
SUBTOTAL:									\$ 22.200	\$ 0	\$ 22.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
		ADMINISTRADORA		NOMBRE	
CÓDIGO		Nº. COTIZANTES	APOORTES	MORA	TOTALES
CCF-2A	CCF2A-COMPENSAR	1	\$ 11.200	\$ 0	\$ 11.200
			\$ 11.200	\$ 0	\$ 11.200
SUB-TOTALES:					\$ 11.200

[illegible]

TOTAL	\$ 299.40
--------------	------------------

