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-abr.-21		Hasta: 30-abr.-21		
Nombre del Contratista:	CARLOS ALFREDO RIVERA CAÑON		Cédula:	1031160192	
Correo Electrónico:	carivera1@fucsalud.edu.co		Teléfono(s):	3196167430	
Nombre del Supervisor - Planta:	YOLANDA RODRIGUEZ		Cargo:	Profesional Especializada	Codigo-Grado: 2123
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	FABIAN SNEIDER SANABRIA RODRIGUEZ		Perfil	MEDICO ESPECIALISTA	No. CTO: 2855-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	001469	Año Contrato: 2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	72	
PERFIL:	MEDICO GENERAL				
DIRECCIÓN A LA QUE PERTENECE:	HOSPITALIZACION				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS VISTA HERMOSA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS	UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE HOSPITALARIOS Ocultar							
HOSP MEDICINA INTERNA - USS VISTA HERMOSA	VISTA HERMOSA	I06VB	168		$ 33.570	$ 5.639.760	100,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES: $ 5.639.760 — CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO: 1/02/2021 — FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL: 30/04/2021

No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2021-05-01	2021-06-30	1	11.682.360	859	1		
						2	Febrero	$ 5.841.180
						3	Marzo	$ 5.841.180
						4	Abril	$ 5.639.760
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19.336.320	$ 31.018.680	$ 17.322.120	$ 13.696.560

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 OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Prestar Servicio de apoyo a la gestion asistencial en la Subred Integral de servicios de salud Sur ESE.	Diligenciamiento de historia clina ,informacion al paciente y familiares	Historia clinica
2	Prestar servicios asistenciales como medico de acuerdo a su especialidad y a los estandares de calidad y oportunidad seguros, eficiente y humanizado durante el tiempo de disponibilidad indicado en su propuesta y dentro de los servicio quirurgicos, hospitalarios de urgencias, observacion interconsulta y o ambulatorio	diligenciamiento de historia clinica , registro de atención de paciente en el sistema de información dinamica.	Historia clinica
3	Cumplir la meta de produccion acordada como supervisor de contrato para efecto de actividades y o productos especificados contratados	diligenciamiento de historia clinica, registro de atencion d epaciente en el sistema de informacion dinamica.	Historia clinica
4	Diligenciar correcta y oportunamente la informacion que exige el sistema de la Subred, la historia clinica y demas documentos requeridos en un servicio cumpliendo con los parametros exigidos en la normatividad legal vigente	diligenciamiento d e la historia clinica, registro de atencion de paciente en el sistema de informacion dinamica	Historia clinica
5	presentar informes y reportes en la periodicidad definidad con calidad, veracidad, de acuerdo a las actividades ejecutadas	realizar ingresos, evoluciones, revista medica, respuesta de interconsulta y planes de tratamiento dentro del sistema de informacion dinamica gerencial.	Historia clinica
6	convenio interadministrativo 650 que tiene por objetov Aunar esfuerzos administrativos, tecnico y financieros para el fortalecimiento de la implementacion en la ruta de la atencion en salud cardio cerebro vascular, metabolica, en los eventos priorizados HTA, DM tipo II, en las cuatro subredes integradas de servicios	diligenciamiento de historia clinica, registro de atencion d epaciente en el sistema de informacion dinamica.	Historia clinica

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL AÑO	PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL MES	FECHA DE PAGO AÑO	FECHA DE PAGO MES	FECHA DE PAGO DIA	NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
2021	3	2021	04	15	49983886		$ 5.841.180

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CIENTO OCHENTA PESOS

ITEM		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	$ 2.336.472	$ 373.800	$ 373.900
SALUD		COMPENSAR		$ 292.100	$ 292.100
ARL	3	SURA		$ 56.900	$ 57.000
CAJA DE COMPENSACION	NO	NO		$ 722.800	$ 723.000

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	"00487050 6062

CARLOS ALFREDO RIVERA CAÑON
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.031.160.192
CC. NO. CONTRATISTA

YOLANDA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
Profesional Especializado

FABIAN SNEIDER SANABRIA RODRIGUEZ
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
MEDICO ESPECIALISTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031160192	CARLOS ALFREDO RIVERA CAÑON	Cll 47 B Sur # 23 - 70 Apto.121	9316377	Carivera1@fucsalud.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-03	2021-03	I	15/04/2021	49983886	TOTAL A PAGAR	
					$723,000	

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	292,100	0		0		0	0	0	0	292,100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	373,900	0	0	0	0	0	0		373,900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto 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	890903790-5	57,000				57,000	0	0	57,000			570	57,000	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, ERP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	292,100	292,100
Pensión	1	373,900	373,900
Riesgos Laborales	1	57,000	57,000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	723,000	723,000

Carlos Rivera

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	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1031160192	CARLOS ALFREDO RIVERA CAÑON	Cll 47 B Sur # 23 - 70 Apto 121	9316377	Carivera1@fucsalud.edu.co	
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	
2021-03	2021-03	I	16/04/2021	49983886	$723.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES							
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Cotiz. adicional	Extranjero	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	ISC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1031160192	RIVERA CAÑON CARLOS ALFREDO	99	0			N															25-14	2.336.472	373.900	0	0	0	0	EPS008	2.336.472	292.100	14-11	2.336.472	3	57.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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