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**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	01-may.-21	**Hasta:**	31-may.-21			
Nombre del Contratista:	TIFFANY ALEJANDRA FONSECA VARGAS		**Cédula:**	1023943920			
Correo Electrónico:	tifanyfonseca16 @hotmail.com		**Teléfono(s):**	3124188398			
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**No. CTO:**	3543-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		**Perfil**	PROFESIONAL DE APOYO	**No. CTO:**	3742-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003648	**Año Contrato:**	2021	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	147
PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO - HOSPITALIZACION / URGENCIAS				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	JERUSALEN				

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		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		1/02/2021				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	2021-06-01	2021-06-30	1	$ 1.750.074	1074	1		
						2	Febrero	$ 1.750.074
						3	Marzo	$ 1.750.074
						4	Abril	$ 1.750.074
						5	Mayo	$ 1.750.074
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.000.296	$ 8.750.370	$ 7.000.296	$ 1.750.074

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	El contratista se obliga para con la subred a cumplir con las obligaciones derivadas del objeto nel contrato asi, Especificaciones Técnica: 1. Crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institucion dejando registro en el sistema de información, realizar la verificación de derechos en las bases de datos (adres, dnp, comprobador de derechos y base de capacitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotacion en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuaday 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E	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 autorizacion diarias a las diferentes EAPB, sin importar la existencia de contrato o No la notificacion es diaria por cada paciente consignado diariamente en la hoja de ruta institucional la gestion adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondío hacer la gestion del trámite de autorización dejando claramente identificado las dificualtades o faltantes para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente.	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES EN TIEMPO REAL CONSIGNADO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO.	FORMATO
4	verificar y realizar de cargos diarios (de Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clinico, radiologia, terapia fisica, patologia, nutricion, clinica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urologia, radiologia intervencionista, cardiologia), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para trámite de paz y salvo, generacion de factura,recaudo de dinero, elaboracion de pagarés por concepto de generacion de facturas y concepto adicionales con entrega a tesoreria.	HACER CARGOS A DIARIO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, GENERANDO FACTURA, ORDEN DE SÁLIDA, RECIBO DE CAJA Y/O PAGARE 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, anulacion de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulación.	ENTREGA DE FACTURA A DIARIO Y TRAMITE DE ANULACION CUANDO SE REQUIERA, CON REEMPLAZO DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO	FACTURA Y FORMATO DE ANULACIÓN
6	Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 20 - 25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de conbro entre el 1 - 10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al dia el 100 % 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 trabajo faltante por certificar, y las demás que sean asignadas por el lider del área.	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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	4	2021	05	11	8333779617		$ 1.750.074

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	PROTECCION	$ 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	570004870490713

TIFFANY ALEJANDRA FONSECA VARGAS
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.023.943.920
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

2021-02-12

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a):	TIFFANY ALEJANDRA FONSECA VARGAS
No. Identificación:	CC1023943920
Dirección:	CRA7# 31 B 04 SUR ESTE
Telefono:	3628048
Correo:	tifanyfonseca16_@hotmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8333779617

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	TIFFANY ALEJANDRA FONSECA VARGAS
Tipo y número de identificación	CC1023943920
Número de planilla	8333779617
Fecha pago	2021-05-11
Número de autorización pago	1000000196
Banco	1001

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

PAGADA

8333779617

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
11	ARL SURA	22200	1
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	145400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	18200	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023943920
APELLIDOS Y NOMBRES: TIFFANY ALEJANDRA FONSECA VARGAS

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	230201	828116	828116	828116	828116	103600	0	132500	0	20200	0

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