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**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	01-may.-21	**Hasta:**	31-may.-21			
Nombre del Contratista:	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA		**Cédula:**	37626929			
Correo Electrónico:	diana_lhc@yahoo.com		**Teléfono(s):**	3173883887			
Nombre del Supervisor - Planta:			**Cargo:**		**Codigo-Grado:**		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZAD	**No. CTO:**	3543-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Código-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		**Perfil**	PROFESIONAL DE APOYO	**No. CTO:**	3742-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003722	**Año Contrato:**	2021	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	147
PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS MEISSEN				

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**							0,00%
SALUD PUBLICA PIC	**Mostrar**							
HONORARIOS	**Mostrar**							
REMUNERACION	**Mostrar**							
FACTURACION		ADMINISTRATIVA	R23SA				$ 2.450.101	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2.450.101**	**DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL CIENTO UN PESOS MCTE**

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	$ 2.022.500
						3	Marzo	$ 2.955.872
						4	Abril	$ 3.111.628
1	2021-06-01	2021-06-30	1	$ 4.355.931		5	Mayo	$ 2.450.101
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 8.090.000	**$ 12.445.931**	**$ 10.540.101**	**$ 1.905.830**

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIF	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO 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.	VERIFICAR LA CREACION DE LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO EN LA FACTURA	ADMISION-FACTURA
2	Apoyar el proceso de soporte, armado de facturas y radicación de cuentas, garantizando el soporte y la completitud de la información para el proceso de radicación.	SOPORTE E IMPRESIÓN DE FACTURAS CON SU RESPECTIVOS SOPORTES DE ACUERDO A LISTADO ENVIADO POR EL AREA ENCARGADA	FACTURAS
3	Verificar la corrección oportuna por parte de los facturadores en cuanto a las inconsistencias que se evidencien en el proceso de facturación.	ENVIO A CADA FACTURADOR DE INGRESOS PENDIENTES POR CERRAR DE ACUERDO A LAS OBJECIONES ENVIADAS POR EL REVISOR Y GARANTIZAR EL CIERRE DE LOS MISMOS	INFORME DE INGRESOS PENDIENTES SEMANAL
4	Realizar anulación de facturas en los casos en los cuales asi se requiera para el proceso de corrección de facturas.	ANULACION DE FACTURAS POR REINGRESO O PARA CORRECCION DE LA MISMA	ANULACIONES
5	Verificar el cobro adecuado de servicios y generar los archivos planos necesarios para el cobro de la cuenta de Capital Salud y Fondo Financiero Distrital de Salud.	SE REALIZA LA VERIFICACION Y AJUSTES DE REPORTE INCONSISTENCIAS, SE NOTIFICA A CADA FACTURAR SOBRE LAS CORRECCIONES A Q HAYA LUGAR	REPORTE INCONSISTENCIAS ARCHIVO EXCEL
6	Apoyar el proceso de soporte, respuesta a glosas y refacturacion de servicios en los casos en los cuales asi lo requiera el área de cartera.	SE REALIZA BUSQUEDA DE SOPORTES Y REFACTURACION A LOS QUE HAYA LUGAR	SOPORTES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS

7	Mantenerse actualizado en cuanto a normatividad vigente que aplique al proceso de admisiones, autorizaciones, facturación, radicación y demás afines al proceso.	CONOCIMIENTO DE NORMATIVIDAD VIGENTE QUE SE APLIQUE A LAS FUNCIONES EJERCIDAS	CAPACITACIONES VIRTUALES
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 s ervicios.	SE VERIFICA QUE CADA CUENTA TENGA SUS RESPECTIVOS SOPORTES PARA FACILITAR AL FACTURADOR GENERAR RAPIDAMENTE EL EGRESO CON LA RESPECTIVA FACTURA	SOPORTES ASISTENCIALES Y ADMINISTRATIVOS
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 firma de paz y salvo institucional. 7. Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato.	EN CASO DE TERMINACION DE TERMINACION DE CONTRATO DEJAR CTIVIDADES AL DIA	PAZ Y SALVO
10	Realizar auditoria 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.	REVISAR LAS CUENTAS VERIFICANDO SEGURIDAD SOCIAL , DATOS DE USUARIO , CARGOS DE SERVICIOS PRESTADOS Y DEMAS A QUE HAYA LUGAR DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE	REVISION DE FACTURAS
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	VERIFICAR QUE TODAS LAS CUENTAS TENGAN SUBIDAS AL SISTEMA DE INFORMACION SUS RESPECTIVOS SOPORTES DE ACUERDO A LAS SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE	COMPROBADOR DE DERECHOS , ADRE, DNP, Y AUTORIZACION POR PARTE DE LA EPS

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 3.111.628
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	4	2021	05	07	50497386		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: TRES MILLONES CIENTO ONCE MILSEICIENTOS VEINTIOCHO PESOS MCTE

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	COLFONDOS	$ 1.244.651	$ 199.100	$ 199.200
SALUD		COMPENSAR		$ 155.600	$ 155.600
ARL	1	SURA		$ 6.500	$ 6.500
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 361.200	$ 361.300

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S. A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	5170152549

DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
37.626.929
CC. NO. CONTRATISTA

LUZ NALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

ADRIANA CASTILLO NIÑO
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE APOYO

2021-02-12

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	37626929	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA	Calle 4 Sur 19 B 106 Torre 6 Apartamento [illegible]	5163681	diana_lhc@yahoo.com	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	07/05/2021	50497386	$386.200	

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	155.600	0		0		0	0	0	0	155.600	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
231001	Colfondos	800227940-6	199.200	0	0	0	0	0	0		199.200	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	6.500				6.500	0	0	6.500			65	6.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.900	0	0	24.900	1

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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	155.600	155.600
Pensión	1	199.200	199.200
Riesgos Laborales	1	6.500	6.500
CCF	1	24.900	24.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	386.200	386.200

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	37626929	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA	Calle 4 Sur 19 B 106 Torre 6 Apartamento [illegible]	5163681	diana_lhc@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTA 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	
2021-04	2021-04	I	07/05/2021	50497386	$386.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	37626929	HERNANDEZ CASTAÑEDA DIANA LUCIA	59	0			N																	231001	1.244.652	199.200	0	0	0	0	EPS008	1.244.652	155.600	14-11	1.244.652	1	6.500	CCF24	1.244.652	24.900	0	0	0	0	0

PAGADA

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