

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	01-abr.-21	Hasta:	30-abr.-21
Nombre del Contratista:	PAOLA ANDREA LEON MEDINA	Cédula:	1010211997	
Correo Electrónico:	PAOLALEON9312@GMAIL.COM	Teléfono(s):	3107652361	
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUZ ANALIDA PAEZ.PARRA	Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADA	No. CTO: 3543-2021
Apoyo técnico a la supervisión - Contratista:	DILIA BEDOYA-OCAMPO	Perfil	PROFESIONAL DE APOYO	No. CTO: 3741-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	00365	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						
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	R235A				\$ 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	Abril	\$ 1.750.074
						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	\$ 5.250.222	\$ 1.750.074

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (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 información, 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 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 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 trámite 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

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.					INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CO-OPS-FT-11 V6	
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 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 asignadas deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas 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		\$ 1.704.478
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA	49921462			
2021	3	2021	04	15				
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				\$ 145.400	\$ 145.400	
SALUD		PORVENIR				\$ 113.600	\$ 113.600	
ARL		COMPENSAR			\$ 908.526	\$ 22.100	\$ 22.200	
CAJA DE COMPENSACION		SURA				\$ 281.100	\$ 281.200	
		SI			COMPENSAR			
INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO								
ENTIDAD BANCARIA:		BANCO DAVIVIENDA S.A.		TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870389303	
<p><u>Paola Leon</u> PAOLA ANDREA LEON MEDINA NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA 1.010.211.997 CC. NO. CONTRATISTA</p> <p><u>Dilia Bedoya</u> DILIA BEDOYA OCAMPO NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN PROFESIONAL DE APOYO</p>					<p><u>Luz Analida Paez Parra</u> LUZ ANALIDA PAEZ PARRA NOMBRE DEL SUPERVISOR PROFESIONAL ESPECIALIZADA REFERENTE DE FACTURACION</p>			

2021-02-12

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

Señor(a): PAOLA ANDREA LEON MEDINA
No. Identificación: CC1010211997
Dirección: CLL18SUR 7B 22 ESTE
Telefono: 2335421
Correo: ANDRELEONCITA_9312@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 49921462

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	PAOLA ANDREA LEON MEDINA	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1010211997	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2021
Número de planilla	49921462	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2021
Fecha pago	2021-04-15	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	942360	Total Pagado	299400
Banco	1083	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
230301	Porvenir	145400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	18200	1
EPS008	Compensar-EPS	113600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010211997
APELLIDOS Y NOMBRES: PAOLA ANDREA LEON MEDINA

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	230301	908526	908526	908526	908526	113600	0	145400	0	22200	0

