ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CO-OPS-FT-11 V6

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	01-jun.-21	**Hasta:**	30-jun.-21			
Nombre del Contratista:	CINTHYA CAROLINA CASTRO GOMEZ		**Cédula:**	52.958.524			
Correo Electrónico:	carolinacastro831@gmail.com		**Teléfono(s):**	3138954254			
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:**		**Còdigo-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		**Perfil**	PROFESIONAL DE APOYO	**No. CTO:**	3742-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003636	**Año Contrato:**	2021	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	147
PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	FINANCIERO				
UNIDAD DE SERVICIOS :	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								
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							1.750.074
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	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	JUNIO	$ 1.750.074
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

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

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	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 sistma actualizado en la entrega de turno	ASIGNACION DE CAMAS A DIARIO Y ACTULIZANDO 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 tramite 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 clinico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clinica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología, intervensionista, 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, anulacion 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 dias 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

CORRESPONDE EL AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	5	2021	06	11	9420096428	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.704.478

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	PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		FAMISANAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	DAVIVIENDA	TIPO CUENTA	AHORRO	NRO CUENTA	4870371236

CINTHYA CAROLINA CASTRO GOMEZ
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
52.958.5[illegible]
CC. NOº CONTRATISTA

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52958524		CASTRO GOMEZ CINTHYA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 16C 64A 65 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1020719461	9420096428	I	2021/06/08	2021/06/11	BANCO DAVIVIENDA	3	$299,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC	52958524	CASTRO CINTHYA	230301		30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600	CCF24	30	$908,526	$18,200	14-11	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52958524		CASTRO GOMEZ CINTHYA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 16C 64A 65 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	SI

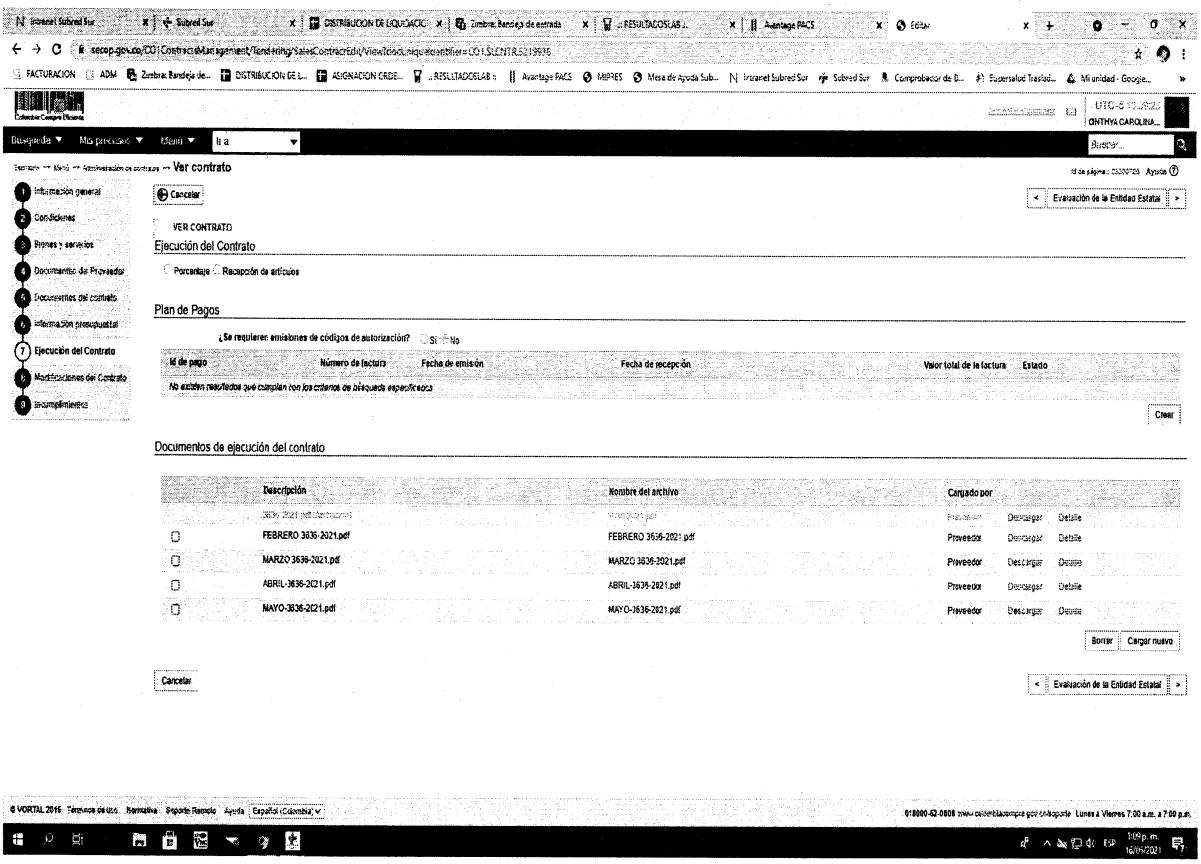
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1020719461	9420096428	I	2021/06/08	2021/06/11	BANCO DAVIVIENDA	3	$299,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,200	$0	$0	$18,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$18,200	$0	$0	$18,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$299,400**	**$0**	**$0**	**$299,400**

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA


Ver contrato
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Si
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
FEBRERO 3636-2021.pdf
FEBRERO 3636-2021.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
MARZO 3636-2021.pdf
MARZO 3636-2021.pdf
ABRIL-3636-2021.pdf
ABRIL-3636-2021.pdf
MAYO-3636-2021.pdf
MAYO-3636-2021.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal