106

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-jun.-21	**Hasta:**	30-jun.-21		
Nombre del Contratista:	LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS	**Cédula:**	53,168,199		
Correo Electrónico:	abicruz2012@gmail.com	**Teléfono(s):**	3133091954		
Nombre del Supervisor - Planta:		**Cargo:**		**Codigo-Grado:**	
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**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:	003645	**Año Contrato:**	2021	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	147
PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	FINANCIERO				
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	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							
FACTURACION		ADMINISTRATIVA	R23SA				$ 1,983,417	100.00%
							$ -	0.00%
							$ -	0.00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES. $ 1,983,417 — UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE

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		$ 2,201,706	1074	1		
2	2021-06-21	2021-07-31		$ 1,983,417	1682	2	FEBRERO	$ 1,750,074
						3	MARZO	$ 2,201,706
						4	ABRIL	$ 1,750,074
						5	MAYO	$ 1,750,074
						6	JUNIO	$ 1,983,417
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,000,296	$ 11,185,419	$ 9,435,345	$ 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	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 tesoreria	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

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL PAGO		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA		
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA		VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1,750,074
2021	5	2021	06	11	8351148074		

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	PROTECCION	$ 908,526	$ 145,400	$ 145,400
SALUD		COMPENSAR		$ 113,600	$ 113,600
ARL	3	SURA		$ 22,200	$ 22,200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281,200	$ 281,200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	DAVIVIENDA	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4370796692

LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA
53,168,199
CC. NO. CONTRATISTA

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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

2021-02-12

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

Señor(a): LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS
No. Identificación: CC53168199
Dirección: CRA 44 A # 76 - 15 SUR
Telefono: 3133091954
Correo: abicruz2012@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8351148074

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS
Tipo y número de identificación	CC53168199
Número de planilla	8351148074
Fecha pago	2021-06-11
Número de autorización pago	51148074
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2021
Número de Administradoras	4
Total Pagado	290400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	22200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	145400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fam	18200	1
EPS008	Compensar EPS	113600	1

* TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53168199
APELLIDOS Y NOMBRES: LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS

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	908526	908526	908526	908526	113600	0	145400	0	22200	0

Es fiel copia tomado de la original
CC: 53168199 Bta
Lilia Espinosa A

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

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? Sí 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 3645-2021.pdf	FEBRERO 3645-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 3645-2021.pdf	MARZO 3645-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 3645-2021.pdf	ABRIL 3645-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 3645-2021.pdf	MAYO 3645-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >