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-jul-21	**Hasta:**	31-jul.-21			
Nombre del Contratista:	LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS		**Cédula:**	53168199			
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 - FACTURADOR				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	USS 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		2021/02/01				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	2021/05/31	
No. PRORROGA	**FECHA INICIO**	**FECHA TERMINACION**	**No. ADICION**	**VALOR ADICION**	**CDP**	**N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO**	**MES CUENTA DE COBRO**	**VALOR A PAGAR**
1	01-06-2021	30-06-2021	1	$ 2,201,706	1074	**1**		
2	01-07-2021	31-08-2021	2	$ 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	**Julio**	$ 1,750,074
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7,000,296	$ 11,185,419	$ 11,185,419	$ -

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 institucion dejando registro en el sistema de informacion, realizar verificacion de derechos en las bases de datos(fosyga , dnp, comprobador de derechos y bases de datos de capitacion) identificando pagador correspondiente y realizar anotacion en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asigando 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	Se entrega admision y soportes de aseguramiento con sus respectivos pantallazos
2	Asignar cama en el sistema de informacion de forma adecuada y oportuna, realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno	Asignacion de camas a diario y actualizar el censo	Se actualiza los ingresos a cama y se entrega censo actualizado diariamente
3	Solicitar autorizaciones diarias de las diferentes EAPB, sin importar la existencia de contrato o NO la notificacion es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestion adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondio hacer la gestion de tramite de autorizacion 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 formato de autorizaciones el seguimiento diario	Se entrega las hojas de ruta de las autorizaciones realizadas con toda la informacion requerida
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), realizacion de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para tramite de paz y salvo , generacion de factura, Recaudo de dinero, elaboracion de pagares por concepto de generacion 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 Pagares

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-114/6

5	Entrega de facturas a diario de las facturas generadas dentro de las 48 horas anteriores a esta entrega , la actividad se debera realizar de lunes a viernes entre las 7 y 17 horas , anulacion de facturas con reemplazo dentro de las siguientes 24 horas a la anulacion	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 asiganadas debera 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 la firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo de trabajo faltante por certificar, y las demas que sean asignadas por el lider del area	Entrega de parafiscales	Cuenta de cobro

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1,983,417
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	6	2021	07	12	8351898047		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	UN MILLON NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS DIECISIETE 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	COLFONDOS	$ 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	4370796692

Lilia Espinosa A.

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

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

Sinnci Cu2.

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

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:	8351898047

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	8351898047
Fecha pago	2021-07-12
Número de autorización pago	51898047
Banco	1052

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

PAGADA

8351898047

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 Fliar	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 del original
Lilia Abigail Espinosa A.
CC: 53168199

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
☐	JUNIO 3645-2021.pdf	JUNIO 3645-2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >