ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA 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:	LAURA YINETH BELTRANCUBAQUE		Cédula:	1032419562			
Correo Electrónico:	LALABELLA77@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3112147506			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:		Codigo-Grado:		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	5010	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Còdigo-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO:	3543-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	005000	Año Contrato	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	990
PERFIL:	FACTURADOR APH				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCIONFINANCIERA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	TUNAL				

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							
SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO		APH	G01TP				$ 1.699.905	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.699.905	UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/05/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/09/2021	
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		
						3		
						4		
						5	mayo	$ 1.699.905
						6	Junio	$ 1.699.905
						7	Julio	$ 1.699.905
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.499.525	$ 8.499.525	$ 5.099.715	$ 3.399.810

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	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIONADMINISTRATIVA PARA LA UNDAD FUNCIONAL DE ATENSION PREHOSPITALARIA CONVENIO INTERADMINSTRATIVO 2307027-2021 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED SUR Y LA SECRETARIA DE SALUD, DURANTE EL TIEMPO DE DISPONIBILIDAD INDICADO ENSU PROPUESTA, CUMPLIENDO CON LOS ESTANDERES DE CALIDAD, OPORTUNIDAD Y CON LA NORMA DE HABILITACIONDE SERVICIOS DE SALUD VIGENTE.	SE ENTREGA A LA CENTRAL DE APH PAQUETE DE HISTORIAS CLINCAS RELACIONADAS, PARA EL RESPECTIVO CARGUE DE MEDICAMENTOS E INSUMOS APLICADOS AL PACIENTE EN EL MOMENTO DE PRESTAR EL SERVIVIO DE AMBULANCIA	FACTURACION DE CADA HISTORIA CLINCA ENTREGADA POR EL AREA DE AUTORIZACIONES

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

2	REALIZAR CARGOS DIARIOS DE LOS ISUMOS Y MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LAS MÓVILES ADSCRITAS A LA UNIDAD FUNCIONAL ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA Y SEANADMINISTRADOS A LOS PACIENTES SEGÚN FORMULACIÓN	SE RAELIZA EL RESPECTIVO CARGUE DEL SERVICIO PRESTADO POR LA MOVIL EN EL MOMENTO DE ATENDER AL PACIENTE	SE APLICAN LOS INSUMOS A CADA HISTORIA CLINCA PARA CERAR LA FACTURA
3	VERIFICAR Y REALIZAR EL CARGUE DIARIO DE LOS DIFERETES CONCEPTOS (ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS, TRASLADO ENAMBULANCIA...).	SE REALIZA LA REVISIONMANUAL DE LOS SOPRTES DE CADA HISTORIA CLIICA, PARA QUE UNA VEZ SE RESTABLEZCA EL SISTEMA PODER IDRESARLOS CORRECTAMENTE.	SE CIERRA LA FACTURA UNA VEZ TENGA TODOS LOS CARGUE RESPECTIVOS
4	REALIZAR FACTURAS MANUALES EN CASOS EXTREMOS ÚNCAMENTE (NO HAY SISTEMA, NO CREACIÓN DE LA EMPRESA EN EL SISTEMA, USUARIO INACTIVO, FALTA EL CARGUE DE UNPROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO) Y SE TIENE CLARIDAD DE LA SEGURIDAD SOCIAL DEL PACIENTE CON LA CONDICIÓN DE REALIZACIÓN DE LA FACTURA POR SISTEMA DENTRO DE LAS SIGUIENTES 24 HORAS.	SE REALIZA LA REVISIONMANUAL DE LOS SOPRTES DE CADA HISTORIA CLIICA, PARA QUE UNA VEZ SE RESTABLEZCA EL SISTEMA PODER IDRESARLOS CORRECTAMENTE.	SE INGRESA AL SISTEMA LOS DATOS DE CADA HISTORIA CLINICA UNA VEZ REAVISADAS
5	REALIZACIÓNY ENTREGA SEMANAL DE INFORME DE GESTIÓNINDICANDO NÚMERO DE FACTURAS GENERADAS, VALOR, FACTURAS ENTREGADAS A LOS TÉCNICOS, FACTURAS PENDIENTES POR ENTREGAR INDICANDO EL MOTIVO DE NO ENTREGA, FACTURAS ANULADAS Y PORQUE CONCEPTO, FACTURAS REEMPLAZADAS Y LAS NO REEMPLAZADAS EL MOTIVO DE NO REEMPLAZO, ESTE INFORME DEBE ENVIARSE LOS DÍAS LUNES A PRIMERA HORA DETALLANDO LO FACTURADO ENTRE LUNES Y DOMINGO, SI EL FACTURADOR NO CUBRE FIN DE SEMANA DEBERÁ ENVIAR EL INFORME EL DÍA VIERNES AL TERMINAR EL TURNO.	SE ENTREGA A LOS FUNCIONARIOS DEL AREA DE RADICACIONLA HISTORIA CLINCA CON FACTURA Y DOS COPIAS, SE INFORMA AL TECTICO ASIGNADO LA ANULACION DE FACTURAS POR CORREGIR EN EL FORMATO ESTABLECIDO PARA ESTE FIN SE ENTREGA A EL AREA DE AUTORIZACIONES LAS DEVOLUCIONES QUE SE GENEREN DURANTE LA REVISION DE HISTORIAS CLINCAS	SE REALIZA LA ENDINAMICA LOS INFORMES DE LA FACTURACION REALIZADA EN EL MES.
6	PARA CERTIFICACIÓN DE PAGO POR PARTE DEL ÁREA EL CONTRATISTA DEBERÁ DILIGENCIAR EL FORMATO DE SEGUIMIENTO DE FACTURAS MENSUALES FIRMADO POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO, LA PROFESIONAL DE ANULACIONES, CARGOS PENDIENTES POR FACTURAR Y PAZ Y SALVO DE TESORERÍA PARA PODER DAR TRÁMITE A LA CERTIFICACIÓNY PAGO RESPECTIVO.	SE REALIZA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO CO-OPS-FT-11V5 Y TOTAL CIERRE DE INGRESOS ABIERTOS ANTES DE TERMINAR EL MES, CON LAS RESPECTIVAS ANULACIONES CORREGIDAS QUE SE PRESENTEN	SE ENTREGA TODO AL DIA
7	EN CASO DE RETIRO Y/O TERMINACIÓN DE CONTRATO DEJAR AL DÍA EL 100% DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS, DEBERÁ DEJAR AL DÍA LA FACTURACIÓNGENERADA CON SU LOGIN SIENDO ESTO REQUISITO PARA FIRMA DE PAZ Y SALVO DEL ÁREA CON LA RESPECTIVA CERTIFICACIÓN DE PAGO.	NO APLICA PARA PERIODO CERTIFICADO	NO APLICA PARA PERIODO CERTIFICADO
8	PARTICIPAR DE MANERA PROACTIVA EN TODAS LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2307027-2021 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED SUR Y LA SECRETARIA DE SALUD.	REALIZO LAS ACTIVIDADES Y FUNCIONES ASIGNADAS POR MIS JEFES INMENDIATOS, REALIZO SEGUIMIENTO DIARIO.	REALIZO LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS
9	ELABORAR, TRAMITAR Y HACER SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL PARA LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 2307027-2021 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED SUR y la Secretaria de Salud.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS INGRESS ABIERTOS Y TOTAL DESARROLLO DEL PROCESO DE FACTURACIONA CADA HISTORIA CLINCA.	SE REALIZA LA FACTURACION ANULACION CON RESPECTIVA CORRECION Y LA RADICACION DE TODAS LAS FACTURAS REALIZADAS EN EL MES
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 1.699.905
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	6	2021	07	12	51634499		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCO 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		NUEVA EPS		$ 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	4870434299

LAURA YINETH BELTRAN CUBAQUE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.032.419.562
CC. NO. CONTRATISTA

LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

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	1032419562	LAURA YINETH BELTRAN CUBAQUE	KR 18I 65A 02 SUR	7173240	lalabella77@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	I	12/07/2021	51634499	$281.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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	1032419562	LAURA YINETH EELTRAN CUBAQUE		KR 18I 65A 02 SUR	7173240	lalabella77@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	I	12/07/2021	51634499	$281.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. en exterior	Estudiante	ING	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	Cod. 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
1	CC	1032419562	BELTRAN CUBAQUE LAURA YINETH	59	0				N																231001	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS037	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Datos guardados

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		
☐	JUNIO CTN NO 5000-2021 LAURA BELTRAN.pdf	JUNIO CTN NO 5000-2021 LAURA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO CTN NO 5000-2021 LAURA BELTRAN.pdf	MAYO CTN NO 5000-2021 LAURA BELTRAN.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >