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:**	16-nov.-21	**Hasta:**	30-nov.-21			
Nombre del Contratista:	NIDIA PILAR SALAMANCA ALDANA		**Cédula:**	35.521.933			
Correo Electrónico:	NIDIAPILARSALAMANCAALDANA@GMAIL.COM		**Teléfono(s):**	3043005685			
Nombre del Supervisor - Planta:			**Cargo:**		**Codigo-Grado:**		
Nombre del Supervisor - Contratista:	LUZ ANALIA PAEZ PARRA		**Perfil**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**No. CTO:**	3513-2021	
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			**Cargo:**		**Código-Grado:**		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	LINNA SOFIA CRUZ GUZMAN		**Perfil**	PROFESIONAL DE APOYO	**No. CTO:**	3739-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	008036	**Año Contrato:**	2021	**C.D.P. CONTRATO INICIAL :**	3261
PERFIL:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO-FACTURACION CONSULTA EXTERNA				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
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	Ocultar							
								0,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
REMUNERACION	Ocultar							
FACTURACION		ADMINISTRATIVA	R23SA				$ 765.018	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 765.018	**SETECIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DIECIOCHO PESOS**

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		16/11/2021				**FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL**	31/01/2022	
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		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11	NOVIEMBRE	$ 765.018
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**PAGOS REALIZADOS**	**SALDO DEL CONTRATO**
$ 2.467.800	$ 2.467.800	$ 765.018	$ 1.702.782

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	Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos,Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación y procedimientos ambulatorios en cada una de las USS que conforman la subred integrada de serivios de salud sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución	ASIGNACION DE CITAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD DE LAS AGENDAS, FACTURACION DE LOS SERVICIOS OFERTADOS POR LA ISNTITUCION	AGENDAS - FACTURAS GENERADAS
2	Recaudar los copago para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado y para los cotizantes y beneficiarios del régimen contributivo generando factura particular para estos casos, 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 de forma adecuada y oportuna	RECAUDAR LOS COPAGOS GENERADOS POR LA VENTA DE SERVICIOS Y HACER ENTREGA DIARIA A TESORERIA / REVISION BASES DE DATOS CON EL FIN DE CONFIRMAR LINEA DE PAGO	RECIBOS DE CAJA E INGRESOS DE PACIENTES

3	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 A LOS TECNICOS Y GESTIONAR LA ANULACION DE LAS FACTURAS CADA VEZ QUE SE REQUIERA	FACTURAS - FORMATOS DE ANULACIONES
4	Verificar y realizar de cargos diarios de acuerdo a la autorización y/o orden médica (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología etc.), Recaudo de dinero, elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería	REALIZAR LOS CARGOS DE ACUERDO A LA AUTORIZACION Y/O ORDEN MEDICA	FACTURAS - RECIBOS DE CAJA
5	Depuración de ingreso ambulatorios de ingresos aperturados por el usuario de cada auxiliar administrativo y no tiene factura asociada, notificación realizada por el líder de Facturacion de cada USS	GENERAR LA FACTURA Y/O SOPORTAR PARA HACER LA RESPECTIVA DEPURACION	FACTURA
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 demás que sean asignadas por el líder del área.	ENTREGA DE SOPORTE D EPAGO D ELOS PARAFISCALES	CUENTA DE COBRO
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: 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	COLPENSIONES	$ 908.526		
SALUD		COMPENSAR			
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO				$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4870309830

NIDIA PILAR SALAMANCA ALDANA
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
35.521.933
CC. NO. CONTRATISTA

LUZ ANALIA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

LINNA SOFIA CRUZ GUZMAN
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
PROFESIONAL DE APOYO

2021-02-12

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 35521933		SALAMANCA ALDANA NIDIA PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 90A N° 46 - 51 Sur Casa 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7287717	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION .

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	26149552	9426149552	I	2021/11/09	2021/11/12	BANCO AV VILLAS	0	$281,200

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$281,200**	**$0**	**$0**	**$281,200**

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

A QUIEN INTERESE

Bogotá
COLOMBIA

2021/10/08

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NIDIA PILAR SALAMANCA ALDANA** con **Cédula de Ciudadanía** número **35521933** posee en el Banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJODIARIO

Número:	**004870309830**
Fecha apertura:	**2009/10/30**

Cordialmente,

Firma Autorizada
Banco Davivienda