

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	2024-01-01	Hasta:	2024-01-31
Nombre del Contratista:	PAULA MICHELL GALINDO MORALES		Número de Documento:	1016091436
Correo Electrónico:	hannitasary10@gmail.com		Número Telefónico:	3193757678
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	4068-2023	Año Contrato:	2023	CDP Contrato Inicial:	968
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	60	10465	\$2574390	132.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2574390	DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-03-17		Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2023-06-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición		CDP
1	2023-06-01	2023-08-31	1	\$ 2176720		1864
2	2023-08-01	2023-09-30	2	\$ 1946490		2516
3	2023-09-01	2023-10-31	3	\$ 1946490		2844

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

4	2023-10-01	2023-11-30	4	\$ 1946490	3218
5	2023-11-01	2024-01-31	5	\$ 3892980	3654
6	2024-01-01	2024-01-31	6	\$ 2574390	242
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		MARZO		\$ 920920	
2		ABRIL		\$ 1946490	
3		MAYO		\$ 1946490	
4		JUNIO		\$ 2323230	
5		JULIO		\$ 1946490	
6		AGOSTO		\$ 1946490	
7		SEPTIEMBRE		\$ 1946490	
8		OCTUBRE		\$ 1946490	
9		NOVIEMBRE		\$ 1946490	
10		DICIEMBRE		\$ 1946490	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 6906900	\$ 21390460	\$ 18816070	\$ 2574390

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes que ingresan a la institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna	-Realizar la adecuada apertura del ingreso a los pacientes de forma cálida y sin barreras, verificando el estado de afiliación y dejando evidencia del proceso en el sistema.	-Apertura de ingresos con mi usuario asignado.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso	Actualización constante de los servicios requeridos por el personal asistencial para dar cumplimiento a los tiempos de egreso.	Facturación adecuada con los procesos requeridos en la historia clínica.
3	Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma	-Solicitar las autorizaciones en tiempo real para agilizar los egresos correspondientes.	-Se deja evidencia en la hoja de ruta del trámite y respuesta obtenida por la entidad correspondiente.
4	Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB	-hacer proceso de validación de pagador con soportes de cada comprobadores de derechos y adjuntarlos junto a autorización a requerimientos	-cada ingreso tendrá adjunto los soportes correspondientes para cerrar factura con los requerimientos solicitados en radicación
5	Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB	realizar hoja de ruta para los ingresos que la requieren	evidenciar en la misma la descripción de cada paciente según el caso
6	Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas	-Atender oportunamente los reportes hechos por el jefe de servicio dando cierre efectivo a los procesos.	validad cada reporte y hacer la gestión correspondiente
7	Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución	Generar factura, orden de salida, recibo de cajas y/o pagares según el caso cuando de a lugar.	-Pre-facturas enviadas a revisión para su aprobación y facturación total.

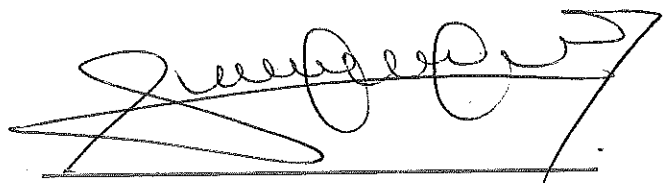
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales. En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las dades contratadas así como la entrega oficial del inventario y utensilios de trabajo entregados para el desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	SOPORTES
9	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	Responder en tiempo adecuado a las devoluciones y glosas notificadas para dar solución y poder entregar la cuenta entre los parámetros solicitados.	Respuesta a los correos que notifiquen la devolución de la cuenta.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 1946490		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	74017232				
2023	DICIEMBRE	2024	01	16					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PORVENIR	\$ 1160000	\$ 185600	\$ 185600
Salud						COMPENSAR		\$ 145000	\$ 145000
ARL					3	SURA		\$ 28258	\$ 28300
Caja de Compensación					SI	COMPENSAR	Total	\$ 336655	\$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24076498390



PAULA MICHELL GALINDO MORALES
1016091436



LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016091435	PAULA MICHELL GALINDO MORALES		kr 96 h 15 d 30	0000000	hancitany10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALDO	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	1	16/01/2024	74517232	\$384.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD														
Código EPS	Nombre	MJT	Colización 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	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	86006942-7	145.000	0	0					5	700	0	145.700	1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Ponverif	80022400-9	185.500	0	0	0	0	5	900	186.500	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	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	990900780-5	28.300				28.300	5	1200	28.300		283	28.500	1

TOTALES CAJAS		TOTALES CAJAS		TOTALES CAJAS		TOTALES CAJAS	
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860068942-7	23.200	5	200	23.400	1

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	Totai a Pagar
Salud	1	145.000	145.700
Pension	1	185.600	186.500
Riesgos Laborales	1	28.300	28.500
CCF	1	23.200	23.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	384.100

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1016091436	PAULA MICHELL GALINDO MORALES	kr 96 h 16 d 30	0000000	hannitasya0@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SI CURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	— Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	19/01/2024	74077232	\$384.100

[illegible]

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

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	Estatus
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	---------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	MARZO-4068-2023.pdf	MARZO-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-4068-2023.pdf	ABRIL-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-4068-2023.pdf	MAYO-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-4068-2023.pdf	JUNIO-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-4068-2023.pdf	JULIO-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-4068-2023.pdf	AGOSTO-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 4068-2023.pdf	SEPTIEMBRE 4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE.pdf	OCTUBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE-4068-2023.pdf	NOVIEMBRE-4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE 4068-2023.pdf	DICIEMBRE 4068-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

F

Fecha de registro: 2024-01-24

1

N° Radicado: 260947

Aceptar

Pregunta requerida