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-feb.-21	Hasta:	28-feb.-21			
Nombre del Contratista:	LUZ MARINA FORERO DUARTE		Cédula:	51997537			
Correo Electrónico:	LUZMARINA0106@HOTMAIL.COM		Teléfono(s):	3103190527			
Nombre del Supervisor - Planta:			Cargo:			Codigo-Grado:	
Nombre del Supervisor - Contratista:	LILIANA MARCELA RUBIANO MARTINEZ		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		No. CTO:	6124
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:			Código-Grado:	
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO		No. CTO:	3543-2021

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003887	Año Contrato	2020	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	328
PERFIL:	FACTURADOR APH				
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	Mostrar							
REMUNERACION	Ocultar							
SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO		APH	G01TP				$ 1.660.063	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.660.063	UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA MIL SESENTA Y TRES PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		01/03/2020				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	30/06/2020	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
1	2020-07-01	2020-08-31	1	$ 3.485.361	1088	1	febrero-2021	$ 1.660.063
2	2020-09-01	2020-09-30	2	$ 1.660.063	1622	2		
3	2020-10-01	2020-10-31	3	$ 1.660.063	1845	3	Marzo	$ 1.825.298
4	2020-11-01	2020-11-30	4	$ 1.660.063	2070	4	Abril	$ 1.660.063
5	2020-12-01	2021-01-31	5	$ 1.660.063	2372	5	Mayo	$ 1.660.063
			6	$ 1.660.063	2801	6	Junio	$ 1.660.063
			7	$ 1.660.063	62	7	Julio	$ 1.660.063
						8	Agosto	$ 1.660.063
						9	Septiembre	$ 1.660.063
						10	Octubre	$ 1.660.063
						11	Noviembre	$ 1.660.063
						12	Diciembre	$ 1.660.063
						13	enero-2021	$ 1.660.063

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 6.640.252	$ 20.085.991	$ 20.085.991	$ -

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 INTERADMINISTRATIVO 2031129-2020 SUSCRITO ENTRE LA SUBRED SUR Y LA SECRETARIA DE SALUD, DURANTE EL TIEMPO DE DISPONBILIDAD INDICADO ENSU PROPUESTA, CUMPLIENDO CON LOS ESTANDERES DE CALIDAD, OPORTUNDAD 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 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

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 CLINCA, PARA QUE UNA VEZ SE RESTABLEZCA EL SISTEMA PODER INGRESARLOS CORRECTAMENTE.	SE CIERRA LA FACTURA UNA VEZ TENGA TODOS LOS CARGUE RESPECTIVOS
4	REALIZAR FACTURAS MANJALES ENCASOS EXTREMOS ÚNCAMENTE (NO HAY SISTEMA, NO CREACIÓN DE LA EMPRESA ENEL 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 CLINCA, PARA QUE UNA VEZ SE RESTABLEZCA EL SISTEMA PODER INGRESARLOS 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 FINDE 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 ENEL FORMATO ESTABLECIDO PARA ESTE FINSE ENTREGA A EL AREA DE AUTORIZACIONES LAS DEVOLUCIONES QUE SE GENEREN DURANTE LA REVISIONDE HISTORIAS CLINCAS	SE REALIZA LA ENDINAMICA LOS INFORMES DE LA FACTURACION REALIZADA ENEL MES.
6	PARA CERTIFICACIÓNDE 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, CONLAS 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 CONSU LOGINSIENDO ESTO REQUISITO PARA FIRMA DE PAZ Y SALVO DEL ÁREA CONLA RESPECTIVA CERTIFICACIÓNDE PAGO.	NO APLICA PARA PERIODO CERTIFICADO	NO APLICA PARA PERIODO CERTIFICADO
8	PARTICIPAR DE MANERA PROACTIVA ENTODAS LAS ACTIVIDADES INHERENTES A LA UNIDAD FUNCIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 1417010 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 1417010 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 CORRECIONY LA RADICACION DE TODAS LAS FACTURAS REALIZADAS ENEL MES
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	$ 1.660.063
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	1	2021	02	08	48195142		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA MIL SESENTA Y TRES PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SÓCIAL	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	$ 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	4870223775

LUZ MARINA FORERO DUARTE
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
51.997.537
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	51997537	LUZ MARINA FORERO DUARTE	CL 104 A N 2 - 56 ESTE	7617324	luzmarina0106@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	08/02/2021	48195142	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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 Salco 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

PAGADA 48195142

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	51997537	LUZ MARINA FORERO DUARTE		CL 104 A N 2 - 56 ESTE	7617324	luzmarina0106@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	
2021-01	2021-01	I	08/02/2021	48195142	$281.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			FIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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	Cód. 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
CC	51997537	FORERO DUARTE LUZ MARINA	59	0			N																	25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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