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-abr.-21		Hasta:	30-abr.-21	
Nombre del Contratista:	LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS		Cédula:	53168199	
Correo Electrónico:	abicruz2012@gmail.com		Teléfono(s):	3133091954	
Nombre del Supervisor - Planta:	LUZ ANALIDA PAEZ BARRA		Cargo:		Codigo-Grado:
			Perfil	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	No. CTO: 3543-2021
Nombre del Supervisor - Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		Cargo:		Código-Grado:
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Perfil	PROFESIONAL DE APOYO	No. CTO: 3742-2021
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:					

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	003645	Año Contrato: 2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	147	
PERFIL:	AUXILIAR DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVO				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION FINANCIERA				
UNIDAD DE SERVICIOS :	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	R735A				$ 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		1/02/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/05/2021	
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	Febrero	$ 1.750.074
						3	Marzo	$ 2.201.706
						4	Abril	$ 1.750.074
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.000.296	$ 7.000.296	$ 5.701.854	$ 1.298.442

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 institución dejando registro en el sistema de información , realizar verificación de derechos en las bases de datos (fosyga , dnp , comprobador de derechos y bases de datos de capitación) identificando pagador correspondiente y realizar anotación en la hoja de seguimiento de autorizaciones en el campo asignado con firma y sello de forma adecuada y oportuna.	CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO	ADMISION

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	Asignar cama en el sistema de información de forma adecuada y oportuna , realizar censo diario dejando el sistema actualizado en la entrega de turno.	ASIGNACIÓN DE CAMAS A DIARIO Y ACTUALIZANDO EL CENSO	CENSO
3	Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB , sin importar la existencia de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignando diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el trámite pendiente.	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	FORMATO
4	Verificar y realizar de cargos diarios (De terapia respiratoria , farmacia , laboratorio clínico , radiología , terapia física , patología , nutrición , clínica de heridas , banco de sangre , procedimientos de gastro , urología , radiología intervencionista , cardiología), realización de egresos con entrega de orden de salida al familiar del usuario para trámite de paz y salvo , generación de factura , recaudo de dinero , elaboración de pagarés por concepto de generación de facturas y conceptos adicionales con entrega a tesorería.	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 PAGARE
5	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 Y TRAMITE DE ANULACION CUANDO SE REQUIERA , CON REEMPLAZO DENTRO DEL TIEMPO ESTIPULADO	FACTURA Y FORMATO DE ANULACIÓN
6	Presentar aporte de parafiscalesdentro de los dias 20 - 25 de cada mes con soportes requeridos para presentra 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 dia 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 demas que sean asignadas por el lider del area.	ENTREGA DE PARAFISCALES	PARAFISCALES

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	$ 2.201.706
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			
2021	3	2021	04	12	8349891042		

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS	DOS MILLONES DOSCIENTOS UN MIL SETECIENTOS SEIS 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	PROTECCION	$ 908.526	$ 145.400	$ 145.400
SALUD		COMPENSAR		$ 113.600	$ 113.600
ARL	3	SURA		$ 22.100	$ 22.200
CAJA DE COMPENSACION	SI	COMPENSAR		$ 281.100	$ 281.200

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	4370796692

LILIA ABIGAIL DEL SAGRARIO ESPINOSA ARENAS
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
55161199
CC. No. CONTRATISTA

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
NOMBRE DEL SUPERVISOR
PROFESIONAL ESPECIALIZADO V

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

2021-02-12

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:	8349891042

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	8349891042
Fecha pago	2021-04-12
Número de autorización pago	8349891042
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2021
Número de Administradoras	4
Total Pagado	289400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8349891042

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
[illegible]11	AFP SU[illegible]	[illegible]22200	[illegible]
[illegible]0201	Protección [illegible] (Protección)	1[illegible]400	1
[illegible]24	Compensar Caja de Compensación Fa[illegible]	[illegible]22200	[illegible]
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

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