| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E. | |
|---|---|---|
| | INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS | SIASUR |

## DATOS DEL INFORME

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Periodo a Certificar: | Desde: | 2022-04-01 | Hasta: | 2022-04-30 | |
| Nombre del Contratista: | NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA | | Número de Documento: | 52534520 | |
| Correo Electrónico: | nancyyoliea79@gmail.com | | Número Telefónico: | 3012896946 | |
| Nombre del Supervisor: | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | Cargo: | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | Código - Grado: | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. Contrato: | 3251-2022 | Año Contrato: | 2022 | CDP Contrato Inicial: | 471 |
| Perfil: | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS | | | | |
| Dirección a la que Pertenece: | DIRECCIÓN FINANCIERA | | | | |
| Unidad de Servicios: | USS TUNAL | | | | |

## LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| Centro de Costos | Dirección | Unidad | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total | Procetaje(%) Centro de Costos |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| R23SA | DIRECCIÓN FINANCIERA | ADMINISTRATIVA | 186 | 0 | 8480 | $1577280 | 100% |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | $ 1577280 | UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha de Inicio del Contrato | 2022-02-01 | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2022-04-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar | |
| 1 | FEBRERO | $ 1577280 | |
| 2 | MARZO | $ 1577280 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| $ 4731840 | $ 4731840 | $ 3154560 | $ 1577280 |

| | 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. | -ATENDER DE MANERA CORDIAL , HUMANIZADA.CON INFORMACION OPORTUNA, CLARA, Y VERAZ A LOS PACIENTES Y FAMILIARES DEL PROGRAMA DE LA UNIDAD RENAL. | - VERBAL Y ESCRITA |
| 2 | Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación y procedimientos ambulatorios en cada una de las unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución, recaudando los copagos para los usuarios que así lo ameriten | -ASIGNACION DE CITAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD DE AGENDAS. FACTURACION DE LOS SERVICIOS OFERTADOS POR LA INSTITUCION | -REGISTRO DINAMICA |
| 3 | Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área | -SE REALIAZA CIERRE MENSUAL DE LOS INGRESOS DE LA UNIDAD RENAL | - REGISTRO DINAMICA |
| 4 | Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la corrección de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolución y/o anulación, al igual que la corrección de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS | --- ENTREGA DE FACTURAS MENSUALES A LOS TECNICOS Y GESTIONAR LA ANULACION DE LAS FACTURAS CADA VEZ QUE SE REQUIERA | -FORMATO DE ANULACION |
| 5 | Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios aperturados los cuales se encuentren en estado registrado o bloqueado y que por ende no tienen factura asociada | -REALIZAR HABILITACION DE INGRESO EL PRIMER DIA HABIL DE MES Y CIERRE TOTAL DE INGRESOS A FIN DE MES DEL PROGRAMA UNIDAD RENAL | -REGISTRO DINAMICA |
| 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 | -ENTREGA SOPORTE DE PAGO D E LOS PARAFISCALES. CUENTA DE COBRO | -CUENTA DE COBRO |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 7 | Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. | -REALIZAR LOS CARGUES DE LABORATORIOS, PAQUETES DE HEMODIALISIS DE ACUERDO A LA AUTORIZACION Y/O ORDEN MEDICA, ACTIVIDADES QUE EXIGA EL SERVICIO | -NECESIDAD DEL SERVICIO |


***© Siasur - 2022***

## 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 | $ 1577280 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7831900506 | | |
| 2022 | MARZO | 2022 | 04 | 19 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1000000 | $ 160000 | $ 160000 |
| Salud | | NUEVA EPS | | $ 125000 | $ 125000 |
| ARL | I | SURA | | $ 24360 | $ 24400 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 290220 | $ 309400 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 488402377383 |
|---|---|---|---|---|---|

Nancy Y. Espinosa

NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA
52534520

LUZ ANABIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII


*© Siasur - 2022*

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| ACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52534520 |
| ÓN SOCIAL: | | | NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA |
| PIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| | CALLE 77 SUR # 14A -06 INT 2 | TELÉFONO: | 6559429 |
| TE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| SENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| ONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7831900506 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo | AÑO 2022 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO 2022 |
| DIAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2022/04/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1418946925 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301-PORVENIR | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| | | | | | | | | | **$ 160.000** | **$ 0** | **$ 160.000** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| | | | | | | | | | | | | **$ 125.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 125.000** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 24.400 | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 24.400 |
| | | | | | | | | **$ 24.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 24.400** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| PINOSA AYS NCY LIMA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.000.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.000.000 | $ 52534520 | $ 24.400 | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 309.400 |
|---|---|

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

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? Si 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO-3251-2022. | FEBRERO-3251-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-3251-2022. | MARZO-3251-2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >