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:**	2022-07-01	**Hasta:**	2022-07-31	
Nombre del Contratista:	ALDEMAR URREA GARAY		**Número de Documento:**	1007829639	
Correo Electrónico:	aldemarurreagaray29@gmail.com		**Número Telefónico:**	3059337421	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	6373-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	1620
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS 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	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		2022-06-13		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-07-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-07-01	2022-09-30	1	$ 1789280	2014
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		JUNIO		$ 958240	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1272000	$ 3061280	$ 958240	$ 2103040

	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.	-ATENCION ACERTIVA	-NO QUEJAS – FACTURAS
2	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 (Adres, dnp, comprobador de derechos y base de datos de capitación) identificando pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.	-SE VALIDA POR NUMERO DE IDENTIFICACION Y SE REGISTRA LA INFORMACION DE MANERA CORRECTA EN EL SISTEMA DE INFORMACION	-SE REALIZA LA CREACION DE USUARIOS DE MANERA CORRECTA
3	Verificar oferta de medicamentos de acuerdo a la contratación de la institución.	--NO APLICA PARA FACTURACION	--NO APLICA PARA FACTURACION
4	Abrir ingreso en el Sistema de Información a pacientes que requieren entrega de medicamentos ambulatorios.	--NO APLICA PARA FACTURACION	--NO APLICA PARA FACTURACION
5	Crear la orden de servicios de acuerdo al plan de beneficios a facturar.	--NO APLICA PARA FACTURACION	--NO APLICA PARA FACTURACION
6	Realizar el cargue de medicamentos en el Sistema de Información de acuerdo al inventario activo en el sistema.	--NO APLICA PARA FACTURACION	--NO APLICA PARA FACTURACION
7	Digitar correctamente el área de servicio y profesional de acuerdo al servicio y especialidad que ordene el medicamento.	--NO APLICA PARA FACTURACION	--NO APLICA PARA FACTURACION
8	Digitar el consecutivo de carda formula médica, facturar los medicamentos cargados y entregados a cada usuario en cada una de las USS que conforman la subred integrada de servicios de salud sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratación de la institución.	-GENERAR FACTURAS A DIARIO A LOS USUARIOS DE ACUERDO A LA OFERTA DE SERVICIOS Y CONTRATACION DE LA INSTITUCION, GESTION DE ANULACION Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	-GENERACION DE FACTURAS DE MANERA OPORTUNA
9	Recaudar los copagos para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado, así como cuotas moderadoras o pagos particulares según sea el caso.	-RECAUDOR LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS REALIZANDO ENTREGA A DIARIO A TESORERIA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS, CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.	-RECIBOS DE CAJA - CIERRE DE CAJA ACERTIVO
10	garantizar los requisitos para la facturación de medicamentos de acuerdo a la resolución 3047.	-FACTURACION DE MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LA RESOLUCION 3047	-SE FACTURA MEDICAMENTOS DE ACUERDO A LA RESOLUCION 3047

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
11	Entrega a diario de las facturas generadas de acuerdo a los lineamientos establecidos, así como la corrección de las devoluciones dentro de las 24 horas siguientes.	-ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TECNICOS, GESTION DE ANULACION Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	-ENVIO DE FACTURAS DE MANERA OPORTUNA
12	Depuración de ingresos abiertos, así como de facturas anuladas sin reemplazo, notificación realizada por el líder de facturación.	-REALIZAR LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACION	-REPORTE DE FACTURAS
13	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 terminación de contrato deberá dejar al día el 100% de las actividades contratadas, así como la entrega oficial del inventario, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y posterior certificación y pago de honorarios	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	-SOPORTES

© 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	$ 958240
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9436884028		
2022	JUNIO	2022	07	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	$ 106700
Salud		FAMISANAR		$ 125000	$ 83400
ARL	3	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	$ 16300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 206400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488407696233

Aldemar Garay

ALDEMAR URREA GARAY
1007829639

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2022

Redactar

Recibidos 4.392
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 10
Más

Meet
Nueva reunión
Unirse a una reunión

Hangouts
Danny

Switch to Chat in Gmail
Hangouts se sustituirá pronto por Google Chat.
Más información

Gracias por utilizar los servicios de BANCO DAVIVIENDA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 1549642381
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9436884028
Valor de la Transacción: $ 206.400
Fecha de Transacción: 12/07/2022

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

▶Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.

▶Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

en línea

Resumen General de Pago

OS GENERALES DEL APORTANTE

dentificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
007829639		URREA GARAY ALDEMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 6 d bis s n 116 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3059337421	No

OS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
nsión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-06	2022-06	1549642381	9436884028	I	2022/07/12	2022/07/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$206,400

UIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
irsal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$666,667**	**$106,700**			**$666,667**	**$83,400**			**$0**	**$0**			**$666,667**	**$16,300**		**$0**	**$0**
:ro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$666,667**	**$106,700**			**$666,667**	**$83,400**			**$0**	**$0**			**$666,667**	**$16,300**		**$0**	**$0**
ad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$666,667**	**$106,700**			**$666,667**	**$83,400**			**$0**	**$0**			**$666,667**	**$16,300**		**$0**	**$0**
CC	1007829639	URREA ALDEMAR	230201	20	$666,667	$106,700	EPS017	20	$666,667	$83,400		0	$0	$0	14-7	20	$666,667	$16,300	0	$0	$0
:al	**Afiliados(1)**				**$666,667**	**$106,700**			**$666,667**	**$83,400**			**$0**	**$0**			**$666,667**	**$16,300**		**$0**	**$0**

en línea

Resumen General de Pago

OS GENERALES DEL APORTANTE

lentificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
007829639		URREA GARAY ALDEMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 6 d bis s n 116 10 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3059337421	No

OS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
nsión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
-06	2022-06	1549642381	9436884028	I	2022/07/12	2022/07/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$206,400

SUMEN DE PAGO

SGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$106,700	$0	$0	$106,700
ROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$106,700	$0	$0	$106,700
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,300	$0	$0	$16,300
EGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$16,300	$0	$0	$16,300
(ADMINISTRADORAS: 1)				1	$83,400	$0	$0	$83,400
AMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$83,400	$0	$0	$83,400
TAL				1	$206,400	$0	$0	$206,400

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

Datos guardados

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? Sí 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		
☐	JUNIO-6373-2022.pdf	JUNIO-6373-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.

Fecha

Nombre y apellido

Pregunta requerida

MEDICIÓN DEL CONOCIMIENTO A LOS COLABORADORES SOBRE LOS DERECHOS Y DEBERES INSTITUCIONALES.

Se registró la información con éxito

Aceptar

Dirección a la que pertenece (Proceso)

Pregunta requerida

Cargo (perfil)

Pregunta requerida

1. La subred Integrada de Servicios de Salud Sur cuenta con la carta de trato digno y la resolución 503 de 2017 donde reconocemos que nuestros usuarios son sujeto de Derechos y Deberes, por lo que contamos con 9 derechos y 9 deberes

- Falso
- Verdadero

Pregunta requerida

2. Para la recordación y adherencia de los derechos y deberes la Subred Sur cuenta con una estrategia llamada PICO Y PLACA ,esta consiste en:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar

Sideap 2.0

Última Actualización: 22-jul-2022

Fecha Validación:22-jul-2022

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
URREA	GARAY	ALDEMAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	SEXO	NACIONALIDAD
C.C ⊗ C.E ○ PAS ○ No. 1007829639	F ○ M ⊗	COL ⊗ EXTRANJERO ○

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 8 MES JUL AÑO 2000

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCION DE CORRESPONDENCIA

KR 6 D BIS ESTE 116 10 SUR

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 00000000

EMAIL aldemarurreagaray29@gmail.com

El futuro es de todos

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 21-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, ALDEMAR URREA GARAY

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1007829639 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección KR 6 D BIS ESTE 116 10 SUR **Teléfonos** 3059337421 00000000

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
LILIANA GARAY CASTILLO	40265719	Madre

BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	ALDEMAR URREA GARAY
Identificación:	1007829639
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	aldemarurreagaray29@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	21/07/22 0:00