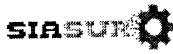


	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2022-07-01	Hasta:	2022-07-31	
Nombre Contratista:	del	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT		Número de Documento:	1036684929
Correo Electrónico:	caterinpamela_54@hotmail.com		Número Telefónico:	3134322637	
Nombre Supervisor:	del	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3372-2022	Año Contrato:	2022	CDP Contrato Inicial:	471
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 MEISSEN				

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	0	9690	\$1802340	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1802340	UN MILLON OCHOCIENTOS DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTAPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2022-04-30
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2022-04-01	2022-07-31	1	\$ 3720960	1097
2	2022-07-01	2022-09-30	2	\$ 2403120	2014
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
1	FEBRERO	\$ 1918620	
2	MARZO	\$ 1802340	
3	ABRIL	\$ 1802340	
4	MAYO	\$ 1802340	
5	JUNIO	\$ 1802340	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5407020	\$ 11531100	\$ 9127980	\$ 2403120
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 CON HUMANIZACION Y RESPETO A LOS USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS - ADMISIONAR, CREAR Y DEFINIR LINEAS DE PAGO DE LOS USUARIO EN SISTEMA DHG	-ADMISIONES Y REQUERIMIENTOS
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,	-SOLICITAR AUTORIZACIONES EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS DE CADA ATENCION DEL USUARIO	-HOJAS DE RUTAS Y SOPORTES EN REQUERIMIENTOS
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, registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma,	-SOLICITAR AUTORIZACIONES DE SERVICIOS PRESTADOS POSTERIORES A LA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS EN TIEMPOS REALES	-SOPORTES EN REQUERIMIENTOS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	Realizar creación de usuarios e ingresos en el sistema de información y adjuntar los soportes 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,	-CREACION DE USUARIOS CORRECTAMENTE EN DHG, DEFINIENDO LINEA DE PAGO SEGUN INFORMACION DE BASE DE DATOS	-7 INGRESOS ABIERTOS CORRECTAMENTE / ADMISION SOPORTES EN REQUERIMIENTNOS
5	Registrar diariamente cargos diarios de servicios de acuerdo a la autorización y/o orden médica (De Terapia respiratoria, farmacia, laboratorio clínico, radiología, terapia física, patología, nutrición, clínica de heridas, banco de sangre, procedimientos de gastro, urología, radiología intervencionista, cardiología etc.) y demás servicios que así se requieran y se encuentren debidamente realizados y soportados, notificando las inconsistencias tanto en el cargue como en seguridad social para lo cual se deberán notificar los usuarios particulares a trabajo social,	-CARGUE DIARIO DE TODA ACTIVIDAD INTERMEDIA Y FINAL, REALIZADA AL USUARIO DENTRO DE LA ATENCION INTRAHOSPITALARIA, AL MOMENTO DEL ALTA SE GENERA REGISTRO DE EGRESO, FACTURA RECIBO DE CAJA Y SU RESPECTIVA ORDEN DE SALIDA.	-190 FACTURAS. - ORDENES DE SALIDA, REGISTROS DE EGRESOS Y RECIBOS DE CAJA
6	Cerrar el ingreso al momento del Egreso de los pacientes de servicio de Urgencias y/o Hospitalización cuando se dé el alta y generar la factura con todos los cargos de los servicios prestados previa auditoria de la factura, garantizando el diligenciamiento correcto de todos datos requeridos para los registros Individuales de atención (Rips), generando tan la orden de salida para el egreso del usuario y la generando de la factura teniendo en cuenta la normatividad y contratación vigente, al igual que generar el cobro de los copagos cuando así lo amerite realizando recibo de caja y/o pagare según el caso previo concepto de trabajo social, de ameritarlo se debe realizar al momento del egreso del usuario la asignación de citas prioritarias y/o apoyo en asignación de citas generales cuando sea requerido.	- SE GENERAN DIARIAMENTE LAS FACTURAS. - SE GENERAN FACTURAS REEMPLAZOS, CUANDO ESTAS FUERON ANULADAS ANTERIORMENTE, EN EL MOMENTO REQUERIDO.	-190 FACTURAS
7	Depurar y solucionar los ingresos de urgencias y hospitalización en un plazo no mayor a 72 horas desde el reporte de los mismos,	-SE GENERAN FACTURAS EN EL MISMO ORDEN QUE EGRESAN LOS USUARIOS DESPUES DE LA ASIGNACION CORRESPONDIENTE.	-190 FACTURAS
8	Dar Respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas que se generen por incumplimiento de las actividades asignadas en el contrato,	-DAR REPSUESTA Y TRAMITE DE CORRECCIONES A ESTAS, EN EL TIEMPO ESTABLECIDO	-RESPUESTA Y FACTURA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	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 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,	-SE REALIZAN LOS APORTES CORRESPONDIENTES DE SEGURIDAD SOCIAL	-PLANILLA DE PAGO SIMPLE
10	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	-APOYAR LAS FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DEL AREA, SEGUN LO REQUIERA EL SUPERVISOR	-CUMPLIR ACTIVIDADES

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	\$ 1802340		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1046579114				
2022	JUNIO	2022	07	11					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON OCHOCIENTOS DOS MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado					NO	PROTECCIÓN	\$ 1000000	\$ 160000	\$ 160000
Salud						FAMISANAR		\$ 125000	\$ 125000
ARL					3	POSITIVA		\$ 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	5070382824	

Catherin Perez

CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT
1036684929

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

Pagar facturas

¡Todo listo!



No. de transacción **ON220711.1032.F014**
38

Pagaste: **SIMPLE S A NUEVO**

Fecha y hora **11/07/2022 10:32**
a. m.

No. de referencia **8847286990**

Valor **\$309,400**

★ Marcar como favorita

Finalizar**Pagar otra factura**



**AUTOLIQIDACION
CONSOLIDADA**

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla: 1046579114

Periodo Cotización:

Periodo Servicio:

Referencia pago (PIN): 8847286990

PAGADO 11/07/2022

Razón Social	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT
--------------	----------------------------------

II. DETALLE DEL APORTANTE

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sana	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Mini Educación	(Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS	Incapacidades APP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.000.000	\$ 1.000.000	\$ 1.000.000	\$ 0	\$ 160.000	\$ 120.000	\$ 24.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 309.400	\$ 0	\$ 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

Datos guardados

Cancelar

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
certificación actividades febrero sur.pdf	certificación actividades febrero sur.pdf	Proveedor Detalle
CERTIFI ACTIVIDADES FEBRERO SUR.pdf	CERTIFI ACTIVIDADES FEBRERO SUR.pdf	Proveedor Detalle
CERTIFICACION DE ACTIVIDADES MARZO 2022.pdf	CERTIFICACION DE ACTIVIDADES MARZO 2022.pdf	Proveedor Detalle
ACTIVIDADES CERTIFICACION ABRIL.pdf	ACTIVIDADES CERTIFICACION ABRIL.pdf	Proveedor Detalle
CERTIFICACION ACTIVIDADES MAYO.pdf	CERTIFICACION ACTIVIDADES MAYO.pdf	Proveedor Detalle
CERTIFICACION ACTIVIDADES JUNIO.pdf	CERTIFICACION ACTIVIDADES JUNIO.pdf	Proveedor Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal



El futuro es de todos

Gobierno de Bogotá

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

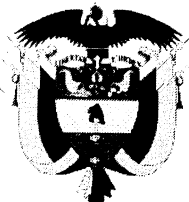
ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.



Última Actualización: 19-jul-2022

1. DECLARACION JURAMENTADA
1.1 DE BIENES Y RENTAS



FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 19-jul-2022

Fecha Validación: 19-jul-2022

1
DATOS PERSONALES

<small>PRIMER APELLIDO</small> PEREZ		<small>SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)</small> BETANCOURT		<small>NOMBRES</small> CATHERIN PAMELA	
<small>DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</small> C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1036684929			<small>SEXO</small> F ☒ M ☐	<small>NACIONALIDAD</small> COL ☒ EXTRANJERO ☐	
<small>LIBRETA MILITAR</small> PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____					
<small>FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO</small> FECHA DIA 5 MES ABR AÑO 1999			<small>DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA</small> DIAG 32 C BIS SUR #12 I - 16		



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT
Identificación:	1036684929
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	caterinpamela_54@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	25/07/22 0:00

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

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

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

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Unidad de atención

Pregunta requerida

Dirección a la que perteneces (Proceso)

