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:**	2023-01-01	**Hasta:**	2023-01-31	
Nombre del Contratista:	JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO		**Número de Documento:**	1026581488	
Correo Electrónico:	jyj94@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3142555589	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	7856-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	3109
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		2022-11-04		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-12-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-12-01	2023-01-31	1	$ 0	0
2	2023-01-01	2023-01-31	2	$ 1526400	209
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		NOVIEMBRE		$ 1424640	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
2	DICIEMBRE	$ 1577280

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3052800	$ 4579200	$ 3001920	$ 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, 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.	-ATENCION ASERTIVA.	-NO QUEJAS - FACTURAS.
2	Verificar oferta de medicamentos de acuerdo a la contratación de la institución.	-SE VALIDA EN LA BASE DE MEDICAMENTOS CONTRATADOS Y SE REGISTRA LA INFORMACION DE MANERA CORRECTA EN EL SISTEMA DE INFORMACION.	-SE FACTURA AL PLAN DE BENEFICIOS QUE CORRESPONDA.
3	Abrir ingreso en el Sistema de Información a pacientes que requieren entrega de medicamentos ambulatorios.	-NO APLICA PARA FACTURACION.	-NO APLICA PARA FACTURACION.
4	Crear la orden de servicios de acuerdo al plan de beneficios a facturar,	-NO APLICA PARA FACTURACION.	-NO APLICA PARA FACTURACION.
5	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.
6	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.
7	Digitar el consecutiva de cada 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.
8	Recaudar los copagos para los usuarios Nivel II y III del régimen subsidiado, así como cuotas moderadoras o pagos particulares según sea el caso.	-NO RECAUDO DE COPAGOS ESTE MES.	NO RECAUDO DE COPAGOS ESTE MES.-

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
9	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.
10	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.
11	Depuración de ingresos abiertos, así como de facturas anuladas sin reemplazo, notificación realizada por el lider de facturación	-REALIZAR LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACION.	-REPORTE DE FACTURAS
12	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 SOLICITADOS.

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	64428840		
2022	DICIEMBRE	2023	01	16			
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		SALUD TOTAL		$ 125000	$ 125000
ARL	3	SURA		$ 24360	$ 24400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 290220	$ 309400

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	31689292103

JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO
1026581488

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO**, identificada con **CC** número **1026581488**, aportó por el empleado **JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO** identificado(a) con **CC** número **1026581488** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2022-12 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAP	TDP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	HORAS LAB	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERA
EPS002	Salud Total EPS	59														0	30	$1,000,000	0.12500	$125,000	$0	$0	Diciembre - 2022	64428840	16/01/2023	No
230301	Porvenir	59														0	30	$1,000,000	0.16000	$160,000	$0	$0	Diciembre - 2022	64428840	16/01/2023	No
14-11	ARL SURA	59														0	30	$1,000,000	0.02436	$24,400	$0	$0	Diciembre - 2022	64428840	16/01/2023	No

El presente certificado se expide a los 24 días del mes January de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5852-16
icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1

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? 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		
	NOVIEMBRE-7716-2022.pdf (Archivado)	NOVIEMBRE-7716-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE-7856-2022.pdf	NOVIEMBRE-7856-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE-7856-2022.pdf	DICIEMBRE-7856-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

El presente cuestionario busca analizar las condiciones de salud del trabajador y su relación con el ambiente de trabajo, con alcance a todas sus unidades de servicio y a todos sus colaboradores, independiente de su forma de vinculación.

Tiene como objetivo adelantar el perfil sociodemográfico y de morbilidad sentida de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., para la elaboración e implementación de los diferentes programas liderados por el área de Seguridad y Salud en el Trabajo, en cumplimiento de requisito legal, Decreto 1072 de 2015.Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, Libro 2 titulo 4. Cap 6.

Agradecemos su colaboración y compromiso.

Por favor responda la siguiente encuesta, marcando las opciones que corresponda de acuerdo con su perfil.

1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

ENCUESTA DE PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y MORBILIDAD SENTIDA

Se registró la información con éxito

Aceptar

Pregunta requerida

Género

Pregunta requerida

¿En cuál de los siguientes rangos de edad se encuentra?

Pregunta requerida

¿A cuál grupo étnico pertenece?

Pregunta requerida

¿Usted se considera campesino/a?

Pregunta requerida

Tipo de vinculación Laboral:

Pregunta requerida

Promedio de ingresos mensual

Pregunta requerida