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:**	2023-04-01	**Hasta:**	2023-04-30	
Nombre del Contratista:	CRISTIAN CAMILO PULIDO TORRES		**Número de Documento:**	1031150620	
Correo Electrónico:	good-punk@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3118779686	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2915-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	516
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 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	12	10465	$2072070	106.4%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2072070**	**DOS MILLONES SETENTA Y DOS MIL SETENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2023-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 1946490	
2	MARZO	$ 2574390	

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

$ 9732636	$ 9732636	$ 4520880	$ 5211756

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 institucion dejando registro en el sistema de informacion DGH o en su defecto realizar actualizacion constante de toda la informacion relevante a la identificacion y georreferenciacion de estos , realizar verificacion de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratacion) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna	CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION SEGUN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO	ADMISIÓN
2	Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la Revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB segun la normatividad y la contratacion, en los casos de facturacion generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES AL AREA ENCARGADA EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	REQUERIMIENTOS
3	Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorizacion 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 autorizacion con la EAPB, al igual que realizar los tramites de estancias de los censos de pacientes de la institucion registrando los tramites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES AL AREA ENCARGADA EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	REQUERIMIENTOS
4	Adjuntar todos los soportes del tramite de autorizacion en dinamica Gerencial en la opcion de requerimientos de todos los documentos correspondiente al tramite de autorizacion y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB	SOLICITAR LAS AUTORIZACIONES AL AREA ENCARGADA EN TIEMPO REAL CONSIGNANDO EN EL FORMATO DE AUTORIZACIONES EL SEGUIMIENTO DIARIO	AUTORIZACION, REQUERIMIENTOS
5	Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por las EAPB y-o en su defecto la informacion generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinamica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB	CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION SEGUN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO	ADMISION

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas	REALIZAR CORRECCION DENTRO DEL TIEMPO ESTABLECIDO	FACTURA
7	Apoyar el proceso de facturacion de urgencias y hospitalizacion de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atencion adecuada de los usuarios y la generacion de los recursos de la institucion	GENERAR FACTURAS A DIARIO	FACTURA
8	Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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	ENTREGA DE PARAFISCALES	PARAFISCALES
9	Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	ASIGNADAS POR REFERENTE	FACTURA, REQUERIMIENTOS

© Siasur - 2023

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	$ 2574390
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7874208355		
2023	MARZO	2023	04	12			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTAPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 186100
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 145400
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28400
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 359900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870491331

CRISTIAN PULIDO.

CRISTIAN CAMILO PULIDO TORRES
1031150620

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031150620
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CAMILO PULIDO TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 31 BIS SUR # 20 - 10	TELÉFONO:	7856328
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7874208355**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2019465421

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR		
SUBTOTAL:			1	$ 186.100
			1	**$ 186.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR		
SUBTOTAL:			1	$ 145.400
			1	**$ 145.400**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR		
SUBTOTAL:			1	$ 23.300
			1	**$ 23.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA		
SUBTOTAL:			1	$ 28.400
			1	**$ 28.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 383.200**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1031150620
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CRISTIAN CÁMILO PULIDO TORRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 31 BIS SUR # 20 - 10	TELÉFONO:	7856328
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		7874208355	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2023
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2019465421

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 500	$ 0	$ 185.600	$ 500	$ 186.100
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 500	$ 186.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 400	$ 0	$ 145.000	$ 400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 400	$ 0	$ 145.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 100	$ 0	$ 28.400
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 100	$ 0	$ 28.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 23.200	$ 100	$ 23.300
SUBTOTALES:			$ 23.200	$ 100	$ 23.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD								ARP														
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	EXTRANJERO	PERSONA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 1031150620	PULIDO TORRES CRISTIAN CAMILO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.160.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	103115062	$ 28.300	30	$ 1.160.000	CCF24-COMPENSAR	$ 23.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 383.200

Planilla Pagada

Colombia Compra Eficiente

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

UTC -5 9:27:24
CRISTIAN CAMILO P...

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda

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		
☐	FEBRERO-2915-2023.pdf	FEBRERO-2915-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2915-2023.pdf	MARZO-2915-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados