| 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:** | 2023-08-01 | **Hasta:** | 2023-08-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | ANTONIO MARIA VALENCIA BERMUDEZ | | **Número de Documento:** | 1024479992 | |
| **Correo Electrónico:** | avb7182400@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3006355025 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3035-2023 | **Año Contrato:** | 2023 | **CDP Contrato Inicial:** | 516 |
| **Perfil:** | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - REVISOR DE CUENTAS DE FACTURACION | | | | |
| **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 | 12096 | $2249856 | 100% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2249856** | **DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2023-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2023-06-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2023-06-01 | 2023-08-31 | 1 | $ 1161216 | 1864 |
| 2 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 2 | $ 2249856 | 2516 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | FEBRERO | | $ 2249856 | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 2 | MARZO | $ 870912 |
| 3 | ABRIL | $ 2249856 |
| 4 | MAYO | $ 2540160 |
| 5 | JUNIO | $ 2249856 |
| 6 | JULIO | $ 2249856 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 11249280** | **$ 14660352** | **$ 12410496** | **$ 2249856** |

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 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. | -Actualización mediante la normatividad vigente | -Resoluciones/decretos/acuerdos |
| 2 | 2. Realizar verificacion permanente del correo institucional para proceder a realizar la auditoria de cuentas en linea, garantizando se le de prioridad a las cuentas con copago y accidentes de transito que deben ser generadas al momento del egreso del usuario, | -Auditoria de cuentas | -Facturas/historias clínicas |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 3 | 3. Realizar la revision de cuentas en linea validando el cobro adecuado de urgencias, estancias, medicamentos, procedimientos, insumos, tarifas acorde a lo establecido en la normatividad legal vigente y a la matriz de contratacion de la institucion, realizando las objeciones pertinentes reportandolas por correo electronico, para lo cual se debe realizar el seguimiento a la correccion de las mismas, revisar los casos de demora en lectura por sistema de los soportes de laboratorios, imagenologia, patologia, banco de sangre, consultas , radicados de medicamentos NO POS ante las EAPB, Soporte de codigos CUM , Soporte de factura compraventa material osteosintesis para presentacion de la factura ante cada EAPB, | -Auditoria de cuentas | -Facturas/historias clínicas |
| 4 | 4.apoyar procesos de contingencia del proceso financiero que involucran al area de facturacion para empresas en liquidacion con presentacion de acreencias, reconstruccion de facturas ya presentadas que se requieren reconstruir para proceso de conciliaciones de cartera, apoyar el proceso de respuesta a devolucion y-o glosa por razones inherentes al proceso de facturacion, | -Dar respuestas y refacturar devolución de glosas | -Facturas/historias clínicas/bases de datos comprobadores |
| 5 | 5. Realizar los procesos de auditoria y cruces en base de datos para la auditoria de la cuenta de Capital Salud y FFDS, apoyando de igual manera el proceso de soporte y conciliacion de glosas para dichos pagadores, | -Verificación mediante archivos planos cuenta de cobro de capital salud y fondo financiero | -Facturas/historias clínicas |
| 6 | 6. Seguimiento al cierre oportuno de ingresos tanto de servicios ambulatorios como de urgencias y hospitalizacion, realizacion de anulacion de facturas y seguimiento a la correccion de las mismas al igual que generacion de informe mensual de la anulacion de facturas, auditoria a las cuentas de servicios tercerizados en pro de velar por el cobro correcto de los servicios y garantizar el cargue de dichas actividades en las cuentas de los usuarios, validacion y seguimiento a las novedades reportadas por tesoreria, realizando retroalimentacion de los hallazgos y capacitaciones que propendan por la mejora en el proceso de facturacion | -Realizar el control y registro de facturación | -Facturas/historias clínicas |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 7 | 7. 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 | -Paz y salvo con la subred sur | -Formato fisico |
| 8 | , 8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. | -Realización de auditoria a las cuentas generadas según la normatividad vigente | -Facturas/historias clínicas |

## 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 | $ 2249856 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 8369557530 | | |
| 2023 | JULIO | 2023 | 08 | 08 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado. | NO | PORVENIR | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | 1 | SURA | | $ 6055 | $ 12200 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 336655** | **$ 342800** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 8380395635 |
|---|---|---|---|---|---|

Antonio M Valencia B

**ANTONIO MARIA VALENCIA BERMUDEZ**
**1024479992**

**LUZ ANALIDA PAEZ PARRA**
**PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII**


***© Siasur - 2023***

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** ANTONIO MARIA VALENCIA BERMUDEZ
**No. Identificación:** CC1024479992
**Dirección:** TV 48 C N 69 D 09 SUR
**Telefono:** 7182400
**Correo:** avb7182400@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8369557530

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| Nombre Aportante | ANTONIO MARIA VALENCIA BERMUDEZ |
| Tipo y número de identificación | CC1024479992 |
| Número de planilla | 8369557530 |
| Fecha pago | 2023-08-08 |
| Número de autorización pago | 48209003 |
| Banco | 1023 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo de Cotización Salud | julio de 2023 |
| Periodo de Cotización Pensión | julio de 2023 |
| Número de Administradoras | 4 |
| Total Pagado | 366000 |
| Total Intereses de Mora | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 12200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 185600 | 1 |
| CCF22 | Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar | 23200 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 145000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024479992
APELLIDOS Y NOMBRES: ANTONIO MARIA VALENCIA BERMUDEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 230301 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 12200 | 23200 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO-3035-2023.pdf | FEBRERO-3035-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-3035-2023.pdf | MARZO-3035-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL-3035-2023 (1).pdf | ABRIL-3035-2023 (1).pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO-3035 | 12345.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO-3035-2023.pdf | JUNIO-3035-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO-3035-2023.pdf | JULIO-3035-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >