

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2023-09-01	Hasta:	2023-09-30	
Nombre del Contratista:	PAOLA ANDREA LEON MEDINA		Número de Documento:	1010211997	
Correo Electrónico:	andreleonisa_9312@hotmail.com		Número Telefónico:	3107652361	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2896-2023	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	Procentaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	0	10465	\$1946490	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1946490	UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS					

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	\$ 2950944	1864	
2	2023-07-01	2023-08-31	2	\$ 376740	2165	
3	2023-08-01	2023-09-30	3	\$ 1946490	2516	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	\$ 1946490	2844
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1946490	
2		MARZO		\$ 1946490	
3		ABRIL		\$ 1946490	
4		MAYO		\$ 2448810	
5		JUNIO		\$ 2448810	
6		JULIO		\$ 2323230	
7		AGOSTO		\$ 1946490	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 9732636		\$ 16953300		\$ 15006810	\$ 1946490
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	-----crear usuarios correctamente en el sistema de información según base de datos para definir línea de pago y tratar a los usuarios con un trato humanizado		ingresos aperturados	
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 tiempo real consignado en el formato de autorizaciones en el seguimiento de caso		---requerimiento	

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma	-----solicitar las autorizaciones en tiempo real consignado en el formato de autorizaciones el seguimiento de caso	-----requerimientos
4	Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización 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	se realiza creación de usuarios e ingresos y se adjunta los soportes en dinámica en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondientes al trámite de autorización	creación de los usuarios e ingresos y soportes adjunto en dinámica gerencia en la opción de requerimientos a todos los trámites de autorización
5	Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB	se realiza hoja de ruta de las autorizaciones tramitadas ante la eps	--se adjunta en requerimiento hoja de ruta
6	Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas	-se adjunta en requerimiento hoja de ruta	soportar completos para la devoluciones y glosas
7	Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución	se apoya proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido para garantizar la atención adecuada de los usuarios	facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido
8	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	-----entrega de parafiscales	----- parafiscales
9	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	-----Las demás que sean asignadas por el supervisor del contrato.	----- contrato

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 \$ 1946490												
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70809564													
2023	AGOSTO	2023	09	19														
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS													
Item			Entidades Aportantes a Seguridad Social		Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes												
Pensionado		NO	PORVENIR		\$ 1160000	\$ 185600												
Salud			COMPENSAR			\$ 145000												
ARL		3	SURA			\$ 28258												
Caja de Compensación		SI	COMPENSAR		Total	\$ 336655												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">INFORMACIÓN DE PAGO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Entidad Bancaria</td> <td>BANCO DAVIVIENDA S.A.</td> <td>Tipo de Cuenta</td> <td>AHORROS</td> <td>Número de Cuenta</td> <td>4870389303</td> </tr> </tbody> </table>							INFORMACIÓN DE PAGO						Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870389303
INFORMACIÓN DE PAGO																		
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870389303													

Paola Leon

PAOLA ANDREA LEON MEDINA
1010211997

Luiz Analida Paez Parra

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO		
CC	1010211997	PAOLA ANDREA LEON MEDINA		CLL18SUR 7B 22 ESTE	2335421	ANDRELEON@HOTMAIL.COM		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	I - Independiente							
				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.			
					NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	1	18/09/2023	70809554	\$382.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS008	Compensar EPS	86065942-7	145.000

[illegible]**TOTALES PENSIÓN**[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor								
14-11	ARL SUFA	950603760-3	28.300			28.300	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
SENA				
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTAL ES: POR SIUENSTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LWA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	392.100	392.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1010211987	PAOLA ANDREA LEON MEDINA	CL116SUR 7B 22 ESTE	23355421	ANDRELEONSTA_9312@HOT MAIL.COM	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					1
					0
TOTAL A PAGAR					\$392.100

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF					PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Código contrato	Subtipo	Clasificación	RET	TOM	TAP	VAC	VAL	WCT	RSL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo para el caso de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UIC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	IBCF otros parafiscales	Aporte SEINA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
CC 1010211997	LEON MEDINA PAOLA ANDREA		59	0	N								236321	1.150.000	1.85.600	0	0	0	0	EPS008	1.150.000	145.000	14-11	1.150.000	9	28.300	CF24	1.150.000	23.200	0	0	0	0	0						

A vertical sequence of five geometric shapes: a triangle, a semi-circle, a triangle, a square, and a semi-circle.



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Datos guardados

2 Condiciones

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

3 Bienes y servicios

VER CONTRATO

4 Documentos del Proveedor

Ejecución del Contrato

5 Documentos del contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

6 Información presupuestal

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

9 Incumplimientos

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		
☐	ENERO-3354-2022.pdf	ENERO-3354-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO-2896-2023.pdf	FEBRERO-2896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2896-2023.pdf.pdf	MARZO-2896-2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2896-2023.pdf.pdf	ABRIL-2896-2023.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2896-2023.pdf	MAYO-2896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2896-2023.pdf	JUNIO-2896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2896-2023.pdf	JULIO-2896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2896-2023.pdf	AGOSTO-2896-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Evaluación para la medición de apropiación del conocimiento de la Política de Integridad, Conflicto de Intereses, Antisoborno y Anticorrupción - Tercer trimestre

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. [Denunciar abuso](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

Google Formularios