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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	MARYSOL JIMENEZ DIAZ		**Número de Documento:**	52368197	
Correo Electrónico:	marjimenez@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3177479300	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2970-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	516
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS POTOSÍ				

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	9158	$1703388	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1703388**	**UN MILLON SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 1886176	1864
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 219792	2165
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 1813284	2516
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 1703388	2844

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 1703388	3218

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 1703388
3	ABRIL	$ 1703388
4	MAYO	$ 1703388
5	JUNIO	$ 1886548
6	JULIO	$ 1923180
7	AGOSTO	$ 1813284
8	SEPTIEMBRE	$ 1703388

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8517312	$ 15843340	$ 14139952	$ 1703388

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Atender humanizada, oportuna, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los usuarios 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 verificación 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.	-atencion acertiva	-NO QUEJAS - FACTURAS
2	2. Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnostico, rehabilitacion y procedimientos ambulatorios en cada una de las unidades que conforman la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur, de acuerdo a la oferta de servicios y contratacion de la institucion, recaudando los copagos para los usuarios que asi lo ameriten,	--asignación de citas medicas de acuerdo a la oportunidad, facturas las consultas,procedimientos,ayudas diagnosticas, terapias etc	-disponibilidad de citas-registro dinámica

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. Realizar la facturacion efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-realizar las facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (citas, apoyo diagnostico, farmacia, etc),	-facturas - citas asignadas
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solucion a las inconsistencias reportadas por dicha area,s	--recaudar los copagos y cuotas moderadoras realizando entrega a diario a tesorería de acuerdo a los recorridos , crear los usuarios correctamente en el sistema de información,.	-Resivos de caja - facturas
5	5. Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la correccion de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolucion y-o anulacion, al igual que la correccion de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS	--entrega de facturas a diario a los técnicos, gestionar la anulación y reemplazo de las facturas dentro de los tiempos establecidos	--factura- formato de anulaciones
6	6. Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios aperturados los cuales se encuentren en estado registrado o bloqueado y que por ende no tienen factura asociada	--realizar la depuración de los ingresos aperturados facturando y o presentar soporte para la depuración	-reporte de facturas
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 desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	-entregando el pago de los para fiscales en los tiempos establecidos	-cuenta de cobro, soportes, planilla y cursos
8	8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	--actividades asignadas por el servicio.	-facturas, ordenes medicas

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	$ 1703388
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9457307944		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	19			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		FAMISANAR		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	24052654822

MARYSOL JIMENEZ DIAZ
52368197

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

en línea

)S GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
68197		JIMENEZ DIAZ MARYSOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 70c sur #68 - 63 bloque 15 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	SI

)S GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
sión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
9	2023-09	57307944	9457307944	I	2023/10/24	2023/10/19	BANCO AV VILLAS	0	$358,900

UMEN DE PAGO

GO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
OLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$0	$0	$28,300
RL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$0	$0	$28,300
ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
UMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
AL				1	$358,900	$0	$0	$358,900

en línea

OS GENERALES DEL APORTANTE

ntificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
368197		JIMENEZ DIAZ MARYSOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 70c sur #68 - 63 bloque 15 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	SI

OS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
sión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
9	2023-09	57307944	9457307944	I	2023/10/24	2023/10/19	BANCO AV VILLAS	0	$358,900

IDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
sal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,160,000**	**$185,600**			**$1,160,000**	**$145,000**			**$0**	**$0**			**$1,160,000**	**$28,300**		**$0**	**$0**
o de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
I: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0
	CC 52368197	JIMENEZ MARYSOL	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,160,000	$28,300	0	$0	$0
I	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$28,300		$0	$0

Bogotá D.C., Octubre 25 de 2023

Doctor
JOHN ALEJANDRO JARAMILLO SANTA
Director Financiero
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

Ref. Autorización de descuento de facturas

Cordial Saludo,

Por medio del presente me permito autorizar el descuento por valor de $ 34.900 M/CTE, debido a que el paciente estaba afiliado a la **FALTA DE SOPORTES DE AFILIACION**, para la fecha de la atención, se realizó el trámite ante la EPS quienes no autorizaron los servicios, razón por la cual la Subred no pudo realizar el cobro ante el pagador.

Solicito respetuosamente me sean descontados de mis honorarios del mes de **OCTUBRE**

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
00000005245433		25/10/2023	34.900	FALTA DE SOPORTES DE AFILIACION
Total			34.900	

Sin otro Particular,

NOMBRE: MARYSOL JIMENEZ
DOCUMENTO: 52368197
DIRECCION: TV 70 NO 59 C 25 SUR
TELEFONO: 314 5246052
CORREO: marjimenez30@hotmail.com
C.C. Ingeniera Luz Analida Páez Parra – Referente de Facturación

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-2970-2023.pdf	FEBRERO-2970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2970-2023.pdf	MARZO-2970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2970-2023.pdf	ABRIL-2970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2970-2023	cuenta marisol.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2970-2023.pdf	JUNIO-2970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2970-2023.pdf	JULIO-2970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2970-2023.pdf	AGOSTO-2970-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2970-2023 MARYSOL.pdf	SEPTIEMBRE-2970-2023 MARYSOL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >