| 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:** | HELEN YURANI OLIVERO HURTADO | | **Número de Documento:** | 1000989699 | |
| **Correo Electrónico:** | helenyuranyolivero2025@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3122565687 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 2985-2023 | **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 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 | 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 | $ 1703016 | 1864 |
| 2 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 2 | $ 1849916 | 2516 |
| 3 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 3 | $ 1868232 | 2844 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 4 | $ 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 | $ 1703388 |
| 6 | JULIO | $ 1703388 |
| 7 | AGOSTO | $ 1849916 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1868232 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 8517312 | $ 15641864 | $ 13938476 | $ 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 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. | -Atender humanizada, oportuna y respetuosa a los usuarios internos y externos, actualizar y verificar en el sistema dinámica gerencial, de acuerdo a información suministrada por el usuario y consulta en paginas (Adres, comprobador de derechos, capital salud, consulta sisben) | -100% |
| 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 citas de acuerdo a la oportunidad, facturar las consultas, procedimientos, ayudas dx, terapias, etc. | -100% |

| 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 | --Facturar a tiempo las citas establecidas para cada profesional según la hora de llegada y el digiturno para el bienestar de los usuarios y los profesionales. | -100% |
| 4 | 4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solucion a las inconsistencias reportadas por dicha area, | -Recaudar los copagos y cuotas moderadoras realizando entrega a diario a tesorería y/o o de acuerdo a los recorridos, crear los usuarios correctamente en el sistema de información. | -100% |
| 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 gestión de anulación y reemplazo de las facturas dentro de los tiempos establecidos. | -100% |
| 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 presenta soporte para depuración. | -100% |
| 7 | 7. 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 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 | -Entrega de parafiscales en los tiempos estipulados. | -100% |
| 8 | 8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. | -Se realizan las actividades asignadas para el supervisor del contrato. | -100 % |

## 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 | $ 1868232 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 9457314555 | | |
| 2023 | SEPTIEMBRE | 2023 | 10 | 23 | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | UN MILLON OCHOCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOSPESOS | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 28258 | $ 28300 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 336655 | $ 358900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 0550488430852910 |
|---|---|---|---|---|---|

Helen Olivero

**HELEN YURANI OLIVERO HURTADO**
**1000989699**

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

en línea

## Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1000989699 | | OLIVERO HURTADO HELEN YURANI | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 93 B Sur No. 18 A 23 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4571285 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 232912186 | 9457314555 | I | 2023/10/24 | 2023/10/23 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $358,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $185,600 | $0 | $0 | $185,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $28,300 | $0 | $0 | $28,300 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $28,300 | $0 | $0 | $28,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $145,000 | $0 | $0 | $145,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $358,900 | $0 | $0 | $358,900 |



2023/10/22 02:26 PM

en línea

## Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1000989699 | | OLIVERO HURTADO HELEN YURANI | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Calle 93 B Sur No. 18 A 23 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4571285 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-09 | 2023-09 | 232912186 | 9457314555 | I | 2023/10/24 | 2023/10/23 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $358,900 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $28,300 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $28,300 | | $0 | $0 |
| Ciudad: 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 |
| 1 | CC | 1000989699 | OLIVERO HELEN | 230301 | 30 | $1,160,000 | $185,600 | EPS008 | 30 | $1,160,000 | $145,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,160,000 | $28,300 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,160,000 | $185,600 | | | $1,160,000 | $145,000 | | | $0 | $0 | | | $1,160,000 | $28,300 | | $0 | $0 |

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

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-2985-2023.pdf | FEBRERO-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-2985-2023.pdf | MARZO-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL-2985-2023.pdf | ABRIL-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | cuenta de cobro mayo.pdf (Archivado) | cunta de cobor mayo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO-2985-2023.pdf | MAYO-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | Julio-2985-2023.pdf (Archivado) | cuenta de cobro julio-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO-2985-2023.pdf | JUNIO-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | JULIO-2985-2023.pdf (Archivado) | JULIO-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO-2985-2023..pdf | JULIO-2985-2023..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO-2985-2023.pdf | AGOSTO-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE-2985-2023.pdf | SEPTIEMBRE-2985-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >