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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
Nombre del Contratista:	NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA		**Número de Documento:**	52534520	
Correo Electrónico:	nancyyoliea79@gmail.com		**Número Telefónico:**	3012896946	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2951-2023	**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 TUNAL				

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	$ 1922808	1864
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 109896	2165
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 1337068	2516

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 1703388	2844
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 1703388	3218
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 3260248	3654

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 1849916
3	ABRIL	$ 1703388
4	MAYO	$ 1703388
5	JUNIO	$ 1776652
6	JULIO	$ 1446964
7	AGOSTO	$ 1703388
8	SEPTIEMBRE	$ 1703388
9	OCTUBRE	$ 1556860

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8517312	**$ 18554108**	**$ 15147332**	**$ 3406776**

	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 gcorreferenciacion 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 DE MANERA CORDIAL , HUMANIZADA,CON INFORMACIÓN OPORTUNA, CLARA, Y VERAZ A LOS USUARIOS	MANTENER UNA MANERA HUMANIZADA Y CORRECTA PARA ATENDERLOS PACIENTES

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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,	-ASIGNAR LAS CITAS DE UNIDAD RENAL, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE AGENDA	-PROGRAMACIÓN DE AGENDAS EN DINÁMICA
3	3. Realizar la facturacion efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-REALIZAR APERTURA DE INGRESOS PACIENTES UNIDAD RENAL VERIFICANDO LOS DIFERENTES COMPROBADORES	APERTUARA DE INGRESO EN DINAMICA
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solucion a las inconsistencias reportadas por dicha area,	-NO SE RECIBE DINERO	-NO SE RECIBE DINERO
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	-CIERRE DE FACTURAS MENSUALES PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL, Y CUANDO HALLA LUGAR ENTREGA EN LOS FORMATOS FACTURAS POR EVENTO	-REGISTRO DINAMICA Y ENTREGA DE FACTURAS FISISCAS
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	--VERIFICAR INGRESOS ABIERTOS Y DAR SOLUCIÓN SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA	-REGISTRO DINAMICA
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	-ENTREGA SOPORTE DE PAGO DE LOS PARA FISCALES, CUENTA DE COBRO-	-PLATAFORMA SIASUR Y ENTREGA FISICA
8	8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-FUNCIONES ASIGNADA POR EL JEFE INMEDIATO	SERVICIO ASIGNADO

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	$ 1556860
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	7902157527		
2023	OCTUBRE	2023	11	29			

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTAPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 189700
Salud		NUEVA EPS		$ 145000	$ 148200
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 29000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 366900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488402377383

Nancy Yolima Espinosa Amaya.

NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA
52534520

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	52534520
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CALLE 77 SUR # 14A -08 INT 2	TELEFONO:	6559429
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7902157527	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			22		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	303454670

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACION	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.100	$ 0	$ 185.600	$ 4.100	$ 189.700
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 4.100	$ 189.700

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACION	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 3.200	$ 0	$ 145.000	$ 3.200	$ 0	$ 148.200
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 3.200	$ 0	$ 148.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 700	$ 0	$ 29.000
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 700	$ 0	$ 29.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RETORNA TRIBUTARIA	NOVEDADES: SAG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52534520	ESPINOSA AMAYA NANCY YOLIMA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.160.000				NO																

SEGURIDAD SOCIAL	PENSION ADMIN	PENSION DIAS COT.	PENSION IBC	PENSION COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	PENSION TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD DIAS COT.	SALUD IBC	SALUD COTIZACION	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DIAS COT.	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE	PARAFISCALES DIAS COT.	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	$ 52534520	$ 28.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 366.900

Colombia

UTC -5 11:50:49
Nancy Yasmin Esp

Salir

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Secop II > Inicio > Administración de contratos > Ver contrato

1 Información general
2 Comentarios
3 Bienes y servicios
4 Documentos del proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Liquidación/Terminación 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? Si · No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepcion	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripcion	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO-2951-2023	FEBRERO-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2951-2023.pdf	MARZO-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2951-2023	ABRIL-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2951-2023	CUENTA NANCY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2951-2023	cuenta nancy.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2951-2023.pdf	JULIO-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2951-2023.pdf	AGOSTO-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2951-2023	SEPTIEMBRE-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-2951-2023.pdf	OCTUBRE-2951-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Datos guardados

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Ayuda | Español (Colombia)

018000-52-0808 Línea gratuita para todo el país. Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

30/11/20

PREDESALUD®

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Debidamente autorizado por la Secretaria de Educacion del Distrito Capital según Resolucion No. 04 - 133 del 20 Febrero 2018

Certifica que

ESPINOSA AMAYA NANCY YOLIMA

Identificado (a) con C.C 52.534.520 Bogotá D.C.

Presento el curso de HUMANIZACION EN SERVICIOS DE SALUD

Con una intensidad horaria de 20 horas

En Bogotá a los 17 días del mes de Noviembre de 2023

PREDESALUD

SANDRA MENDOZA GONZALEZ
Vicerrectora Nacional

CENTRO DE PREVENCION Y EDUCACION EN SALUD
PREDESALUD

EDUARDO GARZON BARBOSA
Asistente Académico

Bogotá D.C., Noviembre 30 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 $ 46.400 M/CTE, debido a que el paciente estaba afiliado a la EPS ALIANZA MEDELLIN ANTIOQUIA EPS, 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 NOVIEMBRE

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
8675946		29/06/2023	$ 46.400	NO HAY AUTORIZACION
Total			$ 46. 400	

Sin otro Particular,

NOMBRE: NANCY YOLIMA ESPINOSA AMAYA
DOCUMENTO: 52.534.520
DIRECCION: CL 77 SUR # 14 A 08 INT 2
TELEFONO: 3012896946
CORREO: nancyyoliea79@gmail.com

C.C. Ingeniera Luz Anahid Páez Parra – Referente de Facturación