| 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:** | 2023-12-01 | **Hasta:** | 2023-12-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ | | **Número de Documento:** | 79219488 | |
| **Correo Electrónico:** | wilsonalgarra17@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3114856954 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3014-2023 | **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 | $ 2249856 | 1864 |
| 2 | 2023-08-01 | 2023-09-30 | 2 | $ 2249856 | 2516 |
| 3 | 2023-09-01 | 2023-10-31 | 3 | $ 2249856 | 2844 |
| 4 | 2023-10-01 | 2023-11-30 | 4 | $ 2249856 | 3218 |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 2023-11-01 | 2024-01-31 | 5 | S 4499712 | 3654 |

| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | S 2249856 |
| 2 | MARZO | S 2249856 |
| 3 | ABRIL | S 2249856 |
| 4 | MAYO | S 2249856 |
| 5 | JUNIO | S 2249856 |
| 6 | JULIO | S 2249856 |
| 7 | AGOSTO | S 2249856 |
| 8 | SEPTIEMBRE | S 2249856 |
| 9 | OCTUBRE | S 2249856 |
| 10 | NOVIEMBRE | S 2249856 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 11249280** | **$ 24748416** | **$ 22498560** | **$ 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. | -Se realiza validación en comprobadores establecidos ADRES, DNP, COMPROBADOR DE DERECHOS y demás paginas establecidas para definir responsables de pago | -Respuesta en correo institucional |
| 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, | -De acuerdo a asignación se da prioridad a las cuentas marcadas con copago y accidente de tránsito para garantizar el egreso oportuno de los paciente | -Respuesta en correo institucional |

| 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, | -Se realiza revisión del correo diariamente verificando las cuentas que fueron devueltas y que aun no tienen respuesta, se hace seguimiento y comunicación con el facturador para el soporte que haga falta garantizando que sea solucionado | -Respuesta en correo institucional |
| 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, | -Se realiza corrección de facturas y se anexan soportes requeridos por las áreas que lo soliciten | -Respuesta en correo institucional |
| 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, | -Se realizan ajustes ajustes de facturas, cambios de plan ya sea pgp, pyd o evento y se anexan soportes solicitados por los auditores que realizan concilian | -Respuesta en correo institucional |
| 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 | Se solicita anulación de facturas que tengan inconsistencias, se informa al facturador que arreglos se deben realizar y se hace seguimiento hasta que se genere nuevamente la factura garantizando que sea dentro del mes correspondientes | -Seguimiento y respuesta en correo institucional |


*© Siasur - 2023*

| 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, | -Pago de seguridad social en los tiempos establecidos y presentación de la cuenta de cobro en fechas establecidas por la Subred | -Soporte planilla de pago |
| 8 | 8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. | --Atento a cualquier instrucción del supervisor por si se requiere alguna actividad o contingencia | -Informe de actividades |

## 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 | 4526824370 | | |
| 2023 | NOVIEMBRE | 2023 | 12 | 15 | | | |

| 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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1160000 | $ 185600 | $ 185600 |
| Salud | | SALUD TOTAL | | $ 145000 | $ 145000 |
| ARL | 3 | SURA | | $ 28258 | $ 28300 |
| Caja de Compensación | NO | | Total | $ 336655 | $ 358900 |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO AV VILLAS | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 50928147 |
|---|---|---|---|---|---|

WILSON YESID ALGARRA BOHORQUEZ
79219488

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII


*© Siasur - 2023*

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 79219488 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | WILSON YESID ALGARRA BOHORDUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 9 ESTE # 38 - 23 | TELEFONO: | 3114856 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicio de apoyo a las empr |
| FORMA DE PRESENTACION: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4526824370 | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACION OTROS | MES noviembre | AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES noviembre AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (ano/mm/dd): | 2023/12/15 | | | NÚMERO AUTORIZACION. | 9007052698 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | TOTALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-1 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 26.300 | $ 26.300 | $ 0 | $ 0 | $ 26.300 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 26.300 | $ 0 | $ 0 | $ 26.300 | |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EXTERIORIO | EXTRANJERO EN TERRITORIA FRIBUTARIA | IGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | LMA | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCI | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 79219488 | ALGARRA BOHORQUEZ WILSON YESID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.160.000 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1,160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | $ 79219488 | $ 26.300 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 358.900 |
|---|---|

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-3014-2023.pdf | FEBRERO-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-3014-2023.pdf | MARZO-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL-3014-2023.pdf | ABRIL-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO-3014-2023.pdf | MAYO-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO-3014-2023.pdf | JUNIO-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO-3014-2023.pdf | JULIO-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO-3014-2023.pdf | AGOSTO-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE-3014-2023.pdf | SEPTIEMBRE-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | OCTUBRE-3014-2023.pdf | OCTUBRE-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | NOVIEMBRE-3014-2023.pdf | NOVIEMBRE-3014-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >