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	SIASUN

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	MANUEL HUMBERTO NOVA PULIDO		**Número de Documento:**	80735149	
Correo Electrónico:	m.manuel26@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3212604945	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2983-2023	**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	4	9158	$1740020	102.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1740020**	**UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA MIL VEINTEPESOS**					

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	$ 2252496	1864
2	2023-08-01	2023-09-30	2	$ 1703388	2516
3	2023-09-01	2023-10-31	3	$ 1703388	2844

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-10-01	2023-11-30	4	$ 1703388	3218
5	2023-11-01	2024-01-31	5	$ 3480040	3654
6	2024-01-01	2024-01-31	6	$ 1740020	242

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 1703388
3	ABRIL	$ 2170446
4	MAYO	$ 1785810
5	JUNIO	$ 1703388
6	JULIO	$ 1703388
7	AGOSTO	$ 1703388
8	SEPTIEMBRE	$ 1703388
9	OCTUBRE	$ 1703388
10	NOVIEMBRE	$ 1703388
11	DICIEMBRE	$ 1703388

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8517312	**$ 21100032**	**$ 19286748**	**$ 1813284**

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.	-atención asertiva	-NO QUEJAS - FACTURAS

© Siasur - 2024

	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	-asignación de citas médicas de acuerdo a la oportunidad, facturas las consultas, procedimientos, ayudas diagnosticas, terapias etc.	-disponibilidad de citas-registro dinámica
3	3. Realizar la facturacion efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (citas, apoyo diagnóstico, farmacia, etc.),	-facturas - citas asignadas
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 de acuerdo a los recorridos, crear los usuarios correctamente en el sistema de información	-Recibos 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	9460841527		
2023	DICIEMBRE	2024	01	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	PROTECCIÓN	$ 1160000	$ 185600	$ 186800
Salud		SALUD TOTAL		$ 145000	$ 146000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28500
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 336655**	$ 361300

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO FALABELLA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	111200448435

MANUEL HUMBERTO NOVA PULIDO
80735149

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2024

aportes 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 80735149		NOVA PULIDO MANUEL HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 68B SUR 69 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212604945	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	1000000349	9460841527	I	2024/01/12	2024/01/19	BANCO DE BOGOTA	7	$384,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$1,200	$0	$186,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$1,200	$0	$186,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$200	$0	$28,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$200	$0	$28,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$200	$0	$23,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$200	$0	$23,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$1,000	$0	$146,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$145,000	$1,000	$0	$146,000
TOTAL				1	$382,100	$2,600	$0	$384,700

2024/01/19 11:13 AM

aportes 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 80735149		NOVA PULIDO MANUEL HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 68B SUR 69 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212604945	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	1000000349	9460841527	I	2024/01/12	2024/01/19	BANCO DE BOGOTA	7	$384,700

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			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$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			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC 80735149	NOVA MANUEL	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0

2024/01/19 11:13 AM

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-2983-2023.pdf	FEBRERO-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2983-2023.pdf	MARZO-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2983-2023.pdf	ABRIL-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2983-2023.pdf	MAYO-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2983-2023.pdf	JUNIO-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2983-2023.pdf	JULIO-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 2983-2023 MANUEL.pdf	AGOSTO 2983-2023 MANUEL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2983-2023.pdf	SEPTIEMBRE-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-2983-2023.pdf	OCTUBRE-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE-2983-2023.pdf	NOVIEMBRE-2983-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE-2983-2023 MANUEL.pdf	DICIEMBRE-2983-2023 MANUEL.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-24

N° Radicado: 260425

Aceptar

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA