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:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ		**Número de Documento:**	1024514286	
Correo Electrónico:	kata020811@gmail.com		**Número Telefónico:**	3108681657	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2918-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	516
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS 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	10465	$1946490	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1946490**	**UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS**					

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	$ 1946304	1864
2	2023-08-01	2023-09-30	2	$ 1946490	2516
3	2023-09-01	2023-10-31	3	$ 1946490	2844

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
4	2023-10-01	2023-11-30	4	$ 1946490	3218
5	2023-11-01	2024-01-31	5	$ 3892980	3654
6	2024-01-01	2024-01-31	6	$ 1946490	242

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1946490
2	MARZO	$ 1946490
3	ABRIL	$ 1946490
4	MAYO	$ 1946490
5	JUNIO	$ 1946490
6	JULIO	$ 1946490
7	AGOSTO	$ 1946490
8	SEPTIEMBRE	$ 1946490
9	OCTUBRE	$ 1946490
10	NOVIEMBRE	$ 1946490
11	DICIEMBRE	$ 1946490

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9732636	$ 23357880	$ 21411390	$ 1946490

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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	-Atender humanizada respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos realizar verificación en bases de datos	-ingresos, se crean los usuarios correctamente en el sistema de informacion según base de datos para definir linea de pago. Soporte en requerimientos sistema de integración de DGH

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	Generar en el sistema de informacion los informes cada hora que me permitan hacer la Revision de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generacion del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB segun la normatividad y la contratacion, en los casos de facturacion generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso	-Generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso del servicio de urgencias y hospitalizacion de Tunal	-se Generar egresos correspondientes en el sistema de información
3	Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorizacion utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorizacion con la EAPB, al igual que realizar los tramites de estancias de los censos de pacientes de la institucion registrando los tramites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma	--Solicitar autorizaciones diarias a las diferentes EAPB, sin importar la existencua de contrato o NO la notificación es diaria por cada paciente consignado diariamente en la hoja de ruta institucional la gestión adelantada para cada uno de los pacientes a los que correspondió hacer la gestión de trámite de autorización dejando claramente identificados las dificultades o faltante para que se pueda en el turno siguiente continuar con el tramite pendiente del servicio de urgencias y hospitalizacion de Tunal	-Se genera cargue soportes a requerimientos en el sistema de información de DGH
4	Adjuntar todos los soportes del tramite de autorizacion en dinamica Gerencial en la opcion de requerimientos de todos los documentos correspondiente al tramite de autorizacion y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB	-cargue en sistema de información según base de datos para definir linea de pago del servicio de urgencias y hospitalizacion de Tunal y cargue de documentos segun requiera el caso	se realiza cargue aportuno de documentos que sean requeridos para defenir linea de pago y poder liquidar las cuentas sin contratiempos
5	Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los codigos de autorizacion emitidos por las EAPB y-o en su defecto la informacion generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinamica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB	Revisar notas diariamente en la hoja de ruta de tras habilidad realizada diariamente con cada usuario, hacer cargos a diario,ordenes de servicio, generando factura, orden de salida del servicio de urgencias y hospitalizacion de Tunal	-Se genera cargue soportes a requerimientos en el sistema de información DGH
6	Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y-o definitivas	Realizar verificación en diferentes medios de consulta para entregar respuesta al área de glosas	Entrega de soportes (envíos y/o autorizaciones,y soportes que solicite el area de glosas)en los tiempos establecidos
7	Apoyar el proceso de facturacion de urgencias y hospitalizacion de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atencion adecuada de los usuarios y la generacion de los recursos de la institucion	-liquidar las cuentas que sean radicadas en los tiempos establecidos par no generar retrocesos	facturacion de servicios prestados

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	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	-Dando cumplimiento a las actividades contractuales se realiza entrega de para fiscales	-Entrega de parafiscales
9	Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	-Dando cumplimiento a las solicitudes que realice el supervisor se proceda a dar cumplimiento a dicha solicitud	-Se genera cargue soportes a requerimientos en el sistema información DGH

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	$ 1946490
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9461144479		
2023	DICIEMBRE	2024	01	04			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS		

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

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870397983

JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ
1024514286

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2024

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024514286		RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 59 B SUR 30-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7162897	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	377505339	9461144479	I	2024/01/22	2024/01/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$382,100

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$382,100	$0	$0	$382,100

ALES DEL APORTANTE

n	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
		RODRIGUEZ GUTIERREZ JULY KATERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 59 B SUR 30-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7162897	No

ALES DE LA LIQUIDACION

ɔ	Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
23-12	377505339	9461144479	I	2024/01/22	2024/01/04	BANCO DAVIVIENDA	0	$382,100

N DETALLADA DE APORTES

MPLEADO		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
icación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
NCIPAL (1 Afiliados)				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0
ajo: 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
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
1514286	RODRIGUEZ JULY	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Afiliados(1)				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$28,300		$0	$0

mación general
diciones
es y servicios
umentos del Proveedor
umentos del contrato
rmación presupuestal
cución del Contrato
dificaciones del Contrato
umplimientos

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 cumplen con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO-2918-2023.pdf	FEBRERO-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2918-2023.pdf	MARZO-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2918-2023.pdf	ABRIL-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2918-MAYO2023.pdf	2918-MAYO2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2918-2023.pdf	JUNIO-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2918-2023.pdf	JULIO-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2918-2023.pdf	AGOSTO-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2918-2023.pdf	SEPTIEMBRE-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-2918-2023.pdf	OCTUBRE-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE-2918-2023.pdf	NOVIEMBRE-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE-2918-2023.pdf	DICIEMBRE-2918-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Gmail

katerin rodriguez <kata020811@gmail.com>

SOLICITUD DE INFORMACIÓN VIGENCIA 2023 SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

Formularios de Google <forms-receipts-noreply@google.com>
Para: kata020811@gmail.com

17 de enero de 2024, 8:32

Gracias por rellenar SOLICITUD DE INFORMACIÓN VIGENCIA 2023 SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

Esto es lo que se recibió.

Editar respuesta

SOLICITUD DE INFORMACIÓN VIGENCIA 2023 SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

Ley 1581 de 2012 manejo de datos personales

Correo *

kata020811@gmail.com

NOMBRES COMPLETOS *

JULY KATERINE RODRIGUEZ GUTIERREZ

TIPO DE DOCUMENTO *

CÉDULA DE CIUDADANÍA

FECHA DE EXPEDICION DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2009

SOLICITUD DE INFORMACIÓN VIGENCIA 2023 SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR ESE

TIPO DE DOCUMENTO *

CÉDULA DE CIUDADANÍA

FECHA DE EXPEDICION DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD *

DD MM AAAA

18 / 02 / 2009

NUMERO DE DOCUMENTO *

1024514286

FECHA DE NACIMIENTO *

DD MM AAAA

13 / 02 / 1991

LUGAR DE NACIMIENTO *

BOGOTA

NACIONALIDAD *

COLOMBIANA

DIRECCION COMPLETA CON APT, TORRE, CASA *

CLL 59 B SUR 30 05

BARRIO *

ARBORIZADORA BAJA

LOCALIDAD *

Ciudad Bolivar

CELULAR *

3108681657

TELÉFONO FIJO O ALTERNATIVO *

3182166907

CORREO ELECTRONICO *

kata020811@gmail.com

HIJOS

NUMERO DE HIJOS *

1

HIJOS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD *

NO

MADRE O PADRE CABEZA DE FAMILIA *

SI

NIVEL ACADÉMICO *

- ◯ BACHILLER
- ◉ TECNICO
- ◯ TECNOLOGO
- ◯ PROFESIONAL
- ◯ ESPECIALISTA

TITULO OBTENIDO

TECNICO PROFESIONAL PROCESOS HOSPITALARIOS

EXPERIENCIA LABORAL EN AÑOS *

- ☐ 0 a 5 AÑOS
- ☐ 6 a 10 AÑOS
- ☑ 11 hasta mas años

PROCESO AL QUE SE POSTULA *

ADMINISTRATIVO

Sección sin título

CUAL PROCESO *

ADMINISTRACION EN SALUD FACTURACION

Crea tu propio formulario de Google
Notificar uso inadecuado

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

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-15

N° Radicado: 255597

Aceptar

P.P.T

Pregunta requerida

NUMERO DE DOCUMENTO

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA