| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-03-01 | **Hasta:** | 2024-03-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JEFFERSON ANDREY AGUDELO IPUZ | | **Número de Documento:** | 1013673540 | |
| **Correo Electrónico:** | jefferagudelo@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3004093330 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3496-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 477 |
| **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 | 60 | 10465 | $2574390 | 132.3% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2574390** | **DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTAPESOS** | | | | | |

## EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | 2024-02-01 | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | **Mes Cuenta de Cobro** | **Valor a Pagar** | |
| 1 | FEBRERO | $ 1946490 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5839470** | **$ 5839470** | **$ 1946490** | **$ 3892980** |


***© Siasur - 2024***

| 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 institución dejando registro en el sistema de información DGH o en su defecto realizar actualización constante de toda la información relevante a la identificación y georreferenciación de estos, realizar verificación de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratación) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna. | -ATENCION HUMANIZADA PARA LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS,CREACION DE LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL SEGÚN BASE DE DATOS PARA DEFINIR LINEA DE PAGO | -50 INGRESOS VALIDADOS |
| 2 | 2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso, | -GENERAR ANEXOS 2 Y 3 SEGÚN NORMATIVIDAD Y REQUERIMIENTO DEL SERVICIO | -NOTIFICAR A LAS RESPECTIVAS ENTIDADES SOBRE PROCEDIMIENTOS Y/O EGRESOS SEGÚN NORMATIVIDAD 3047 |
| 3 | 3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización 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 autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma, | -IDENTIFICAR SERVICIOS QUE SE DEBAN REPORTAR A LAS EPS EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE | -REGISTRAR INFORMACION BRINDADA POR PARTE DE LAS EPS EN LAS HOJAS RUTAS |
| 4 | 4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB, | -REALIZAR VERIFICACION DE DERECHOS EN LAS BASES DE DATOS PROPORCIONADAS POR LA SUBRED (ADRES, DNP, COMPROBADOR DE DERECHOS) IDENTIFICANDO EL PAGADOR CORRESPONDIENTE A CADA USUARIO | -CARGUE DE SOPORTES Y HOJA DE RUTA EN REQUERIMIENTOS CON AUTORIZACIONES Y NOVEDADES, DANDO A CONOCER AL USUARIO SOBRE SU ESTADO DE AFILIACION DE PRESENTAR ALGUNA NOVEDAD |
| 5 | 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB, | -HACER CARGOS A DIARIO PARA EL EGRESO DEL PACIENTE, GENERANDO PREFACTURA, ORDEN DE SALIDA | -CONFIRMAR ORDENES DE SERVICIOS A DIARIO |
| 6 | 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas, | -ENVIAR PREFACTURAS A REVISION EN EL MOMENTO DEL EGRESO DEL PACIENTE PARA GENERAR UNA FACTURA LIBRE DE GLOSAS, HACIENDO RECIBOS DE CAJA Y/O PAGARES CUANDO DE LUGAR | -SE GENERA UNA CANTIDAD DE FACTURAS 159 |


***© Siasur - 2024***

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 7 | 7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución, | -SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS INFORMES ENVIADOS DESDE EL AREA DE FACTURACION | -SOLUCIONAR INGRESOS PENDIENTES |
| 8 | 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro el 1-10 del mes siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas deberá dejar al día el 100% de las edades contratadas así 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, | -ENTREGA PARAFISCALES | -PLANILLA DE PAGO |
| 9 | 9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato | -PERMANECER ATENTO A LAS INDICACIONES DEL SUPERVISOR | -HACER PRESENCIA EN CAPACITACIONES Y/O DEMAS ACTIVIDADES |


***© Siasur - 2024***

## INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| Periodo al que corresponde el pago | | Fecha de Pago | | | Número de Planilla | Factura Electrónica | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior | $ 1946490 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 7915696109 | - | | |
| 2024 | FEBRERO | 2024 | 03 | 11 | | | | |
| 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 | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208000** |
| Salud | | SÁNITAS | | $ 162500 | **$ 162500** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 402200** |

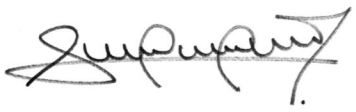
## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCO DAVIVIENDA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 4870486067 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JEFFERSON ANDREY AGUDELO IPUZ | 2024-03-24 08:42:54 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | 2024-03-25 16:40:47 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-03-27 14:04:20 |

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
**NOTA:** La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



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


***© Siasur - 2024***

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013673540 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JEFFERSON ANDREY AGUDELO IPUZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | DIAGONAL 68 A 18-80 SUR | TELÉFONO: | 3152421 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7915696109** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/03/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 506533697 |

## NOVEDADES

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 208.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 208.000** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 162.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 162.500** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 31.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 31.700** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 402.200** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 402.200** |

Planilla Pagada

1 General Information
2 Conditions
3 Catalogue Items
4 Attestation Documents
5 Contract Document
6 Budget Information
7 **Contract Execution**
8 Contract Versions
9 Non-Compliances

Cancel

Previous Step

**VIEW CONTRACT**

## Contract Execution

○ Percentage ○ ItemReception

## Contract Invoice

**Registration authorization is needed?** ○ Yes ◉ No

| Payment ID | Invoice Nr | Issue Date | Reception Date | Invoice Total Value | State |
|---|---|---|---|---|---|
| *No items found...* | | | | | |

Create

## Contract Execution Documents

| | Description | File Name | Uploaded by | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Cuenta de Cobro - Subred Integrada de Servicios de Salud SUR - Informe de Actividades Número 173890.pdf (Archived) | Cuenta de Cobro - Subred Integrada de Servicios de Salud SUR - Informe de Actividades Número 173890.pdf | Supplier | download | Detail |
| ☐ | Cuenta Febrero - Contrato No. 3496-2024 vigencia del contrato para el caso de convenios.pdf | Cuenta Febrero - Contrato No. 3496-2024 vigencia del contrato para el caso de convenios.pdf | Supplier | download | Detail |

Remove selected | Upload new

Cancel

Previous Step | Buyer Evaluation | Next Step