

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-03-01	Hasta:	2024-03-31		
Nombre del Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		Número de Documento:	52747848		
Correo Electrónico:	adricasni525@gmail.com		Número Telefónico:	3163352949		
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	Código - Grado:		
DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	3595-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	478	
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III					
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA					
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU					
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS						
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos		
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	\$4056200	100%		
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4056200	CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS				
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	\$ 4056200				
2	MARZO	\$ 4056200				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 12168600	\$ 12168600		\$ 8112400		\$ 4056200	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA		

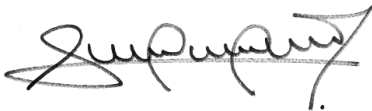
1	1. Hacer seguimiento diario a la gestión de cierre y facturación de ingresos, retroalimentando las debilidades tanto administrativas como asistenciales que se encuentren, buscando que los servicios prestados queden facturados de manera adecuada y no se generen reprocesos y/o objeciones por mala identificación de línea de pago,	Se realiza seguimiento a la gestión de cierre y facturación de ingresos por parte de los auxiliares administrativos para garantizar que los servicios prestados sean facturados de manera adecuada y para evitar reprocesos u objeciones por errores en la identificación de la línea de pago.	Cierre de ingresos abiertos
2	2. Verificar que los auxiliares de facturación realicen el cierre efectivo de los ingresos, los cuales deben contar con la auditoría técnica en línea establecida, velando porque se reporten todos los egresos generados a la central de revisión para velar por la auditoría de cuentas, al igual que garantizar que se realice corrección a las objeciones generadas por los revisores de cuentas,	Asegurar que los auxiliares de facturación realicen el cierre efectivo de los ingresos, cumplan con la auditoría técnica en línea establecida y corrijan las objeciones generadas por los revisores de cuentas	Generación de facturas sistema de información
3	3. Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturación como al equipo de trabajo social para el manejo y definición de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento,	Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturación como al equipo de trabajo social para el manejo y definición de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento	definición de pagadores
4	4. Realizar monitoreo semanal al censo hospitalario Vs ordenes de salida generadas por los Auxiliares de Facturación, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidación en la central de facturación y central de revisión, velando por el cierre de ingresos dentro del mes de la prestación del servicio, dando respuesta de igual manera a los reportes realizados de inconsistencias o ingresos pendientes por subsanar remitidos por la central de revisión,	Realizar monitoreo semanal al censo hospitalario Vs ordenes de salida generadas por los Auxiliares de Facturación, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidación en la central de facturación y central de revisión, informando a las diferentes áreas los motivos por los cuales no se puede generar la facturas dentro del mismo mes para que ellos realicen la gestión correspondiente.	Reporte ingresos abiertos informe de devolución reporte de ausencia de soportes
5	5. Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturación.	Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturación.	listado de asistencias a reuniones
6	6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 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 deberá dejar al día el 100% de las actividades 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,	Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 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 deberá dejar al día el 100% de las actividades 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,	Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 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 deberá dejar al día el 100% de las actividades 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,

7	7. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.
---	--	---	---

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	\$ 4056200	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75536985	-			
2024	FEBRERO	2024	03	13					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1622480	\$ 259597	\$ 259900	
Salud					FAMISANAR		\$ 202810	\$ 203100	
ARL				3	SURA		\$ 39524	\$ 39700	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 470876	\$ 502700	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.			Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66950336553		
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ADRIANA CASTILLO NIÑO		2024-03-26 10:15:43		
RECHAZADO SUPERVISOR					LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		2024-03-26 13:52:11		
RECHAZADO SUPERVISOR					LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		2024-03-26 13:52:16		
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ADRIANA CASTILLO NIÑO		2024-03-26 16:07:19		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		2024-03-26 16:27:01		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-03-27 21:23:03		
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA		2024-04-12 14:35:41		

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

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52747848	ADRIANA CASTILLO NIÑO	CRA 5D BIS B No49 D 05 SUR	7142590	ADRICASNI525@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
					NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$535.300
2024-02	2024-02	2024-02	13/03/2024	75536985	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Licencia Maternidad
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.900	0	Valor
					No. Autorización
					0
					Valor
					200
					1
					203.100
					1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
230201	Proteccion (NG + Protección)	800229739-0	259.600	0	0	0	1	300	0

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización
14-11	ARL SUPRA	8809003790-5	39.700	0	0	39.700	1	100	39.700

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	32.500	1	100

TOTALES PARAFISCALES			
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0
0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	202.900	203.100
Pensión	1	259.600	259.900
Riesgos Laborales	1	39.600	39.700
CCF	1	32.500	32.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	534.600	535.300

DATOS DEL APORTANTE			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN
CC	52747848	ADRIANA CASTILLO NIÑO	CRA 3D BIS B No49 D 05 SUR
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO
ÚNICA	I – Independiente		
		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.
		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
		CORREO	
		ADRICASNIE25@GMAIL.COM	
		TELÉFONO	
		7142590	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLAADOS
					UPC
					1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$535.300
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2024-02	2024-02	I	13/03/2024	75536985	

DETALLE POR COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Colon exterior	Extranjero	INNO	TOL	TAL	TAP	VAP	VSA	SLN	ROE	LMA	VAC	APP	Cód. AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsidencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP			
1	CC	52747848	CASTILLO NIÑO ADRIANA	59	0	N												230201	1.622.480	259.600	0	0	0	0	0	EPS017	1.622.480	202.900	14-11	1.622.480	3	39.600	CCF24	1.622.480	32.500	0	0	0	0

