| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-05-01 | **Hasta:** | 2024-05-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO | | **Número de Documento:** | 1026581488 | |
| **Correo Electrónico:** | jyj94@hotmail.com | | **Número Telefónico:** | 3142555589 | |
| **Nombre del Supervisor:** | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | **Cargo:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3442-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 477 |
| **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 | 20 | 9158 | $1886548 | 110.8% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 1886548** | **UN MILLON OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS** | | | | | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de Inicio del Contrato** | | 2024-02-01 | | **Fecha de Terminación del Contrato Inicial** | 2024-04-30 |
| **No. Prorroga** | **Fecha Inicio** | **Fecha Terminación** | **No. Adición** | **Valor Adición** | **CDP** |
| 1 | 2024-04-01 | 2024-05-31 | 1 | $ 1959812 | 1107 |
| 2 | 2024-05-01 | 2024-06-30 | 2 | $ 1886548 | 1402 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |
| 1 | | FEBRERO | | $ 1703388 | |
| 2 | | MARZO | | $ 1840758 | |
| 3 | | ABRIL | | $ 1822442 | |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5110164** | **$ 8956524** | **$ 5366588** | **$ 3589936** |

| 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 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 | -Atender humanizada, oportuna y respetuosa a los usuarios internos y externos, actualizar y verificar en el sistema dinamica gerencial, de acuerdo a informacion suministrada por el usuario y consulta en paginas ( Adres, Comprobador de derchos, Capital Salud, Consulta sisben) | -100% |
| 2 | 2 asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnóstico, rehabilitación 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 contratación de la institución, recaudando los copagos para los usuarios que así lo ameriten. | -Asignación de citas mediante de acuerdo a la oportunidad, facturar las consultas, procedimientos, ayudas dx, terapias , etc | -100% |
| 3 | 3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios | -Facturar a tiempo las citas establecidas para cada profesional según la hora de llegada y el digiturno, para el bienestar de los usuarios y los profesionales. | -100% |
| 4 | 4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área, | -Recaudar los copagos y cuotas moderadoras realizando entrega a diario a tesorería y /o de acuerdo a los recorridos, crear los usuarios correctamente en el sistema de información | -100% |

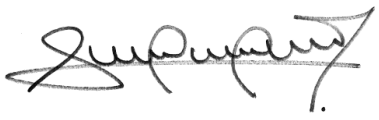
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 5 | 5. Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la corrección de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolución y/o anulación, al igual que la corrección de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS | -Entrega de facturas a diario a los técnicos gestión de anulación y reemplazo de las facturas dentro de los tiempos establecidos | -100% |
| 6 | 6. Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios apertura dos 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 presenta soporte para depuracion | -100% |
| 7 | 7. 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 desempeño laboral, siendo esto prerrequisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar | -Entrega de parafiscales en los tiempos estipulados | -100% |
| 8 | 8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato. | -Se realizan las actividades asignadas por el supervisor del contrato. | -100% |

| 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** | $ 1822442 |
| **AÑO** | **MES** | **AÑO** | **MES** | **DÍA** | 8376728241 | - | | |
| **2024** | **ABRIL** | **2024** | **05** | **20** | | | | |
| **Valor honorarios certificados el mes anterior en letras** | | | | | **UN MILLON OCHOCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOSPESOS** | | | |
| **Item** | | | | | **Entidades Aportantes a Seguridad Social** | **Ingreso Base de Cotización** | **Valor Mínimo de los Aportes** | **Valor Aportado** |
| Pensionado | | | NO | | PORVENIR | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208000** |
| Salud | | | | | SALUD TOTAL | | $ 162500 | **$ 162500** |
| ARL | | | 3 | | SURA | | $ 31668 | **$ 31700** |
| Caja de Compensación | | | NO | | | **Total** | **$ 377286** | **$ 402200** |

| INFORMACIÓN DE PAGO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Entidad Bancaria** | BANCOLOMBIA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 31689292103 |

| HISTÓRICO | | |
|---|---|---|
| **OBSERVACIÓN** | **USUARIO** | **FECHA** |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO | 2024-05-27 07:39:08 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | LUZ ANALIDA PAEZ PARRA | 2024-05-28 10:17:50 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-05-30 13:34:27 |

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***

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

Se certifica que **JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO**, identificada con **CC** número **1026581488**, aportó por el empleado **JENNIFER ASTRID MORENO SALGADO**, identificado(a) con **CC** número **1026581488** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **8376728241** para el periodo de salud **2024-04** y pensiones **2024-04** de la siguiente forma.

| TIPO | CODIGO | NOMBRE | NIT | COTIZANTE | SUBTIPO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | CLASE RIESGO | COTIZACIÓN Y/O APORTE | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERACIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Riesgos Laborales | 14-11 | ARL SURA | 890903790 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.300.000 | 0,02436 | 3 | $31.700 | Abril - 2024 | 8376728241 | 20/05/2024 | N |
| Pensiones | 230301 | Porvenir | 800224808 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.300.000 | 0,16000 | | $208.000 | Abril - 2024 | 8376728241 | 20/05/2024 | N |
| Salud | EPS002 | Salud Total EPS | 800130907 | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1.300.000 | 0,12500 | | $162.500 | Abril - 2024 | 8376728241 | 20/05/2024 | N |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 27 días del mes Mayo de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.