

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.		
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS		

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-05-01	Hasta:	2024-05-31		
Nombre del Contratista:	ANGIE STEFANIA SUAREZ VILLAMIL		Número de Documento:	1110262175		
Correo Electrónico:	angiestefania_@hotmail.com		Número Telefónico:	3238182828		
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	Código Grado:	-	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3459-2024	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	0	9158	\$1703388	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 1703388	UN MILLON SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA 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	\$ 1703388	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	\$ 1703388	1402
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 1703388	
2		MARZO		\$ 1703388	

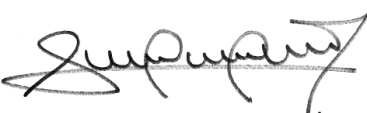
EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
3	ABRIL	\$ 1703388	
4	MAYO	\$ 1703388	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5110164	\$ 8516940	\$ 6813552	\$ 1703388
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO 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.	-SISTEMA DG, DE ACUERDO A INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y CONSULTA EN PAGINAS (ADRES-COMPROBADOR DE DERECHOS Y CONSULTA SISBEN).	-REALIZAR VERIFICACIÓN EN PAGINA Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN.
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.	-NO APLICA.	-NO APLICA.
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-REALIZAR APERTURA Y CIERRE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN VERIFICANDO LOS PARAMETROS EXIGIDOS, CUMPLIENDO LOS DEBERES Y OBLIGACIONES DIARIAS.	-FACTURAS DIARIAS.
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área	-DAR SOLUCIÓN A LAS INCONSISTENCIAS REPORTADAS DE DICHA ÁREA.	-NO APLICA.
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 CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES, GESTIÓN DE ANULACIÓN Y REEMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	-SOPORTE DE FACTURAS Y ENTREGA EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS.
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 DEPURACIÓN DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTANDO SOPORTE PARA LA DEPURACIÓN	-REALIZAR CIERRE DE INGRESOS.

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 prerequisite 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.	-REALIZAR CUENTAS DE COBRO CON LOS SOPORTES DE PAGO.
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	-REALIZAR FUNCIONES REQUERIDAS POR EL JEFE INMEDIATO.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES.

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		
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1063151110	-		\$ 1703388	
2024	ABRIL	2024	05	27					
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	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 1300000	\$ 208000	\$ 208000	
Salud					FAMISANAR		\$ 162500	\$ 162500	
ARL				3	POSITIVA		\$ 31668	\$ 31700	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 377286	\$ 402200	
INFORMACIÓN DE PAGO									
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.				Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	10100000969	
HISTÓRICO									
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA		
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					ANGIE STEFANIA SUAREZ VILLAMIL		2024-05-27 14:56:59		
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LUZ ANALIDA PAEZ PARRA		2024-05-28 11:05:32		
ACEPTADO CONTRATACIÓN					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2024-05-30 13:38:55		
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		2024-06-17 15:00:49		

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