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:	DAVID CAMILO RAMOS JIMENEZ		**Número de Documento:**	1013635479	
Correo Electrónico:	david.ramos.j@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3212331374	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3598-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	478
Perfil:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II				
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	$5245800	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 5245800**	**CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS**		

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	$ 5245800	1106
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 5245800	1403

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 5245800
2	MARZO	$ 5245800
3	ABRIL	$ 5245800
4	MAYO	$ 5245800

© Siasur - 2024

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 15737400	**$ 26229000**	**$ 20983200**	**$ 5245800**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Realizar preauditoria asistencial a la facturacion antes de la generacion de la factura,	Mediante DRIVE y correo electrónico las cuentas diarias mayores a $50'000.000 de cualquier Unidad de la Subred Sur, son asignadas para emitir concepto de auditoría en cuanto a la verificación de la estancia y los procedimientos.	Informe mensual
2	2. Trabajo conjunto con el revisor de cuentas para direccionar la generacion de la factura al facturador encargado,	Mencionado proceso se realiza de forma dinámica y en conjunto con el revisor de cuentas para direccionar la generación de la factura al facturador encargado y de esa manera impactar en la disminución de la glosa	Informe mensual
3	3. Atender Auditorias inherentes a facturacion de la EAPB cada vez que se presenten,	De acuerdo a la necesidad del servicio, se realiza ejecución y cumplimiento de fechas	Informe mensual
4	4. Atender casos especiales relacionados con la facturacion diaria Trabajo Social,	Mediante la revista realizada por cada uno de los pisos en las que se confirman los egresos por las Unidades de servicios de salud (Tunal y Meissen) se evidencian casos en los que es necesaria la intervención de auditoría en conjunto con Trabajo Social para la definición de los casos y de esta manera disminuir los egresos represados. Adicionalmente, se realiza una revista administrativa durante el día, en la que se verifican las novedades en los servicios de admisiones; facturación tanto de hospitalización como de consulta externa, gestionando los casos a necesidad de cada uno de los servicios.	Informe mensual
5	5. Revision y gestion del censo confirmando los posibles egresos diarios,	Se realiza de acuerdo al censo la gestión e intervenciones de los casos de forma integral	Informe mensual
6	6. verificar Diagnosticos y correcto cobro relacionado con lo No Pos en coordinacion con los colaboradores de la Central de facturacion,	Se hace validación al momento de verificar la prefacturación	Auditoría Prefacturación
7	7. Entregar informes de acuerdo a los solicitados por la referente de facturacion,	Se realiza informe mensual de las actividades realizadas	Se envía informe al correo del referente de facturación los 10 primeros días de cada mes vencido
8	8. Auditoria concurrente en pacientes hospitalizados con estancias prolongadas, gestionar la realizacion de los MIPRES por parte de los Profesionales asistenciales,	Se realiza auditoria concurrente en pacientes con estancias prolongadas	Recolección de información en base de excel
9	9. Apoyo en autorizaciones en cuanto a pertenencia medica,	Se hace apoyo en pertinencia médica al proceso en casos especiales	Interacción en la información

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
10	10. 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 soportes de parafiscales
11	11. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	Dando cumplimiento a la solicitud realizada por el supervisor se procede a dar respectivo cumplimiento	Recolección de información

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	$ 5245800
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	76638773	-		
2024	ABRIL	2024	05	10				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		CINCO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS PESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 2098320	$ 335731	**$ 335800**
Salud		SÁNITAS		$ 262290	**$ 262300**
ARL	3	SURA		$ 51115	**$ 51200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 608974**	**$ 649300**

INFORMACIÓN DE PAGO

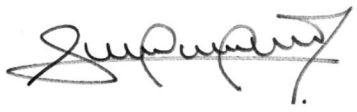
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	488404243955

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DAVID CAMILO RAMOS JIMENEZ	2024-05-24 09:21:44
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DAVID CAMILO RAMOS JIMENEZ	2024-05-28 15:58:17
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	DAVID CAMILO RAMOS JIMENEZ	2024-05-28 15:58:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	2024-05-29 09:32:38
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-05-30 12:56:36
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 15:00:34

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013635479	DAVID CAMILO RAMOS JIMENEZ	calle 76 sur 12 26	7265830	david.ramos.j@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76638773	$649.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	262.300	0		0		0	0	0	0	262.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	335.800	0	0	0	0	0	0		335.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	51.200				51.200	0	0	51.200			512	51.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	262.300	262.300
Pensión	1	335.800	335.800
Riesgos Laborales	1	51.200	51.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	649.300	649.300

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013635479	DAVID CAMILO RAMOS JIMENEZ		calle 76 sur 12 26	7265830	david.ramos.j@hotmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-04	2024-04	I	10/05/2024	76638773	$649.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013635479	RAMOS JIMENEZ DAVID CAMILO	59	0			N																	231001	2.098.350	335.800	0	0	0	0	EPS005	2.098.350	262.300	14-11	2.098.350	3	51.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Colombia COMPRA EFICIENTE
Agencia Nacional de Contratación Pública

Aumentar el contraste

UTC -5 9:16:56
David Camilo Ramo...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Configuraciones del usuario
David Camilo Ramos Jiménez
CAT: 0404773

Configuración Entidad Estatal / Proveedor

24 Mayo, 2024(UTC -5) 9:16:56

Salir

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evalua

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 cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA FEBRERO - CTO 3598 2024 DRamos.pdf	CUENTA FEBRERO - CTO 3598 2024 DRamos.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO - CTO 3598 2024 DRamos.pdf	CUENTA MARZO - CTO 3598 2024 DRamos.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL - CTO 3598 2024 DRamos..pdf	CUENTA ABRIL - CTO 3598 2024 DRamos..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados