aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023861113		VELANDIA VARGAS NANCY YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 C # 41 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2070477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	1000000805	9465871186	I	2024/05/06	2024/05/20	BANCO DE BOGOTA	14	$433,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 1023861113	VELANDIA NANCY	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS008	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$1,300,000	$26,000			$1,300,000	$31,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023861113		VELANDIA VARGAS NANCY YAMILE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 C # 41 95	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2070477	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	1000000805	9465871186	I	2024/05/06	2024/05/20	BANCO DE BOGOTA	14	$433,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,400	$0	$210,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$2,400	$0	$210,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$400	$0	$32,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$400	$0	$32,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$300	$0	$26,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$300	$0	$26,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,900	$0	$164,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$162,500	$1,900	$0	$164,400
TOTAL				1	$428,200	$5,000	$0	$433,200

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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		
	ENERO-6855-2024.pdf (Archivado)	ENERO-6855-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	cuenta de cobro febrero.pdf (Archivado)	cuenta de cobro febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	CUENTA DE COBRO FEBERERO.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO FEBERERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MARZO 2024 NANCY.pdf (Archivado)	MARZO 2024 NANCY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 3391-2024.pdf	FEBRERO 3391-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 3391-2024.pdf	MARZO 3391-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 3391-2024.pdf	ABRIL 3391-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

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:	NANCY YAMILE VELANDIA VARGAS		**Número de Documento:**	1023861113	
Correo Electrónico:	nancy_v1386@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3002917789	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3391-2024	**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	16	9158	$1849916	108.6%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1849916**	**UN MILLON OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DIECISEISPESOS**					

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	$ 2298658	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 1849916	1402

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 1923180

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 2078866
4	MAYO	$ 1849916

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5110164	**$ 9258738**	**$ 7555350**	**$ 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.	-Atender humanizada, oportuna y respetuosa a los usuarios internos y externos, actualizar y verificar en el sistema dinámica gerencial, de acuerdo a información suministrada por el usuario y consulta en paginas (Adres, comprobador de derechos, capital salud, consulta sisben)	-No quejas - Facturas
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	-Creación correcta del usuario y actualización según corresponda
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.	-Facturación Oportuna
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	-recibos de caja - Cierre de caja asertivo
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	-Envio de factura de manera oportuna
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 depuración	-Reporte de facturas

© Siasur - 2024

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 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	-soportes solicitados
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	-se realizan las actividades asignadas por el supervisor del contrato	-Se da cumplimiento

© 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**	$ 2078866
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9465871186	-		
2024	**ABRIL**	**2024**	**05**	**20**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**DOS MILLONES SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEISPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	COLFONDOS	$ 1300000	$ 208000	**$ 210400**
Salud					COMPENSAR		$ 162500	**$ 164400**
ARL				1	SURA		$ 6786	**$ 32100**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 406900**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870368331

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YAMILE VELANDIA VARGAS	2024-05-27 15:48:37
RECHAZADO SUPERVISOR	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	2024-05-27 18:43:55
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	NANCY YAMILE VELANDIA VARGAS	2024-05-29 14:16:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	2024-05-30 11:36:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-06-01 14:18:06
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 15:00:45

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