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:**	2024-06-01	**Hasta:**	2024-06-30	
Nombre del Contratista:	STEVE BARBOSA OSORIO		**Número de Documento:**	79821394	
Correo Electrónico:	sbaros7bo@yahoo.es		**Número Telefónico:**	3102514480	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3491-2024	**Año Contrato:**	2024	**CDP Contrato Inicial:**	477
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS 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	10465	$1946490	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1946490**	**UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS**					

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	$ 1946490	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 1946490	1402
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 3892980	1716

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	$ 1946490
2	MARZO	$ 1946490

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1946490
4	MAYO	$ 1946490

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5839470	**$ 13625430**	**$ 7785960**	**$ 5839470**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes 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.	SE ATIENDE A LOS PACIENTES DE MANERA RESPETUOSA Y CARISMATICA CON EL PROPOSITO DE BRINDAR UN BUEN SERVIOS PARA LA SATISFACION DE LAS PERSONAS Y EL BUEN COMPORTAMIENTO Y PROFESIONALISMO,DANDO UNA BUENA ESPECTATIVA Y SATISFACION EN LAS PERSONAS QUE LO REQUIERE	-SE ACTUALIZA INFORMACION DE LOS PACIENTES DE FORMA DE PODER TENER REGISTRO ACTULIZADOS EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERE
2	2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso,	-SE VALIDA Y REGISTRA LA INFORMACION SE IDENTIFICA Y DE MANERA SISTEMATICA SE DA A CONOCER LOS PROCESOS ELABORANDOS DURANTE EL TURNO O SERVICIOS PRESTADO	-SE DA A CONOCER LOS PROCESOS ELABORANDOS DURANTE EL TURNO O SERVICIOS PRESTADO -SE TRAMITA DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LA INSTITUCION DANDO A CONOCER RESULTA
3	3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma,	UNA VEZ INGRESADO EL PACIENTE SE VERIFICA LA SEGURIDAD SOCIAL DE TAL FORMA QUE SE PUEDA ANALIZAR Y TRAMITAR SU AUTORIZACION CON SU RESPECTIVA EPS	POR DIFERENTES FORMAS SE PUEDE GENERAL ESTAS AUTORIZACINES PUEDE SER FORMA TELEFONICA CORREO O PAGINA WED ESTABLECIDOS

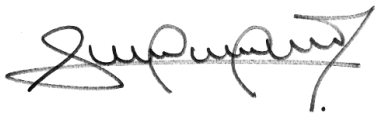
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB,	SE CREA DE MANERA CORRECTA EL INGRESO CON SUS RESPECTIVOS COMPROBADORES Y AUTORIZACION TRAMITADA CON LA EPS	AUTORIZACION TRAMITADA CON LA EPS -VALIDANDO SUS DIFERENTES REGISTROS DEJANDO COMO EVIDENCIA EN REQUERIMIENTOS SUS DATOS NECESARIOS PARA DICHO COBRO
5	5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB,	LOS CARGOS DE LOS SERVIOS ES PRIMORDIAL ESTAR PENDIENTE AL CUALQUIER INTERVENCION MEDICA PARA ASI PROCEDER CON EL CARGUE DE ESTOS SERVICIOS VEFIFICANDO ASI DICHAS AUTORIZACIONES DANDO SIEMPRE SU EPS O PAGADOR ESTABLECIDO	EN CASO DE LA PACIENTE TENER ALGUNA DIFICULTAD SE DEJARA ANOTACION EN SU HOJA RUTA
6	6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas,	SE TENDRA EN CUENTA LAS CUENTAS ASIGANDAS PARA SU RESPECTIVA SOLCITUD DE AUTORIZACIONES	SE BRINDRA LA MAYOR RAPIDEZ PARA EJECUTAR LAS CUENTAS ESTABLECIDOS CON SU RESPECTIVO TRAMITE Y BUEN MANEJO DE TIEMPO NO MAYOR A 72 HORAS SEGUN LO ESTABLECID
7	7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución,	SE DARA APOYO A URGENCIAS DE ACUERDO A LA NECESIDAD	DE ACUERDO A LA NECESIDAD
8	8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro 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 edades 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,	ME ENCUENTRO EN LA CAPACIDAD DE IDENTIFICAR Y CUMPLIR CON LOS DOCUMENTOS O ACTULIZACIONES O DEMAS DATOS QUE SE NECESITE PARA LA CONTRATACION Y DISPONER ASI UNA MAYOR INFORMACION Y DATOS EFECTIVOS PARA INSTITUCION	DE TAL MENERA SE RESPECTA LAS NORMATIVAS ESTABLECIDAS SE HARA ENTREGA DE DOCUMENTOS CUMPLIENDO CON LAS NORMATIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR
9	9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	ME ENCUENTRO EN DISPOSICIÓN DE TAL MANERA QUE SEA REQUERIDO EN OTRAS ACTIVIDADES POR MI SUPERVISOR	ESTABLEZCO DE MANERA EDUCADA MI PROFESIONALISMO EFICACIA PARA DESARROLLAR ESTAS 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**	$ 1946490
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9468193875	-		
2024	**MAYO**	**2024**	**06**	**24**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS NOVENTAPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado			NO		COLFONDOS	$ 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	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	488428407453

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	**USUARIO**	**FECHA**
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	STEVE BARBOSA OSORIO	2024-06-24 16:36:54
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	2024-06-27 19:07:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-06-28 18:47:30

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

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 79821394		BARBOSA OSORIO STEVE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 39 sur 72n 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4517183	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	726585938	9468193875	I	2024/06/26	2024/06/24	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

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			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$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			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC 79821394	BARBOSA STEVE	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$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 79821394		BARBOSA OSORIO STEVE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 39 sur 72n 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4517183	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	726585938	9468193875	I	2024/06/26	2024/06/24	BANCO DAVIVIENDA	0	$402,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$0	$0	$31,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$0	$0	$31,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				**1**	**$402,200**	**$0**	**$0**	**$402,200**