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:**	2024-09-01	**Hasta:**	2024-09-30	
Nombre del Contratista:	MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA		**Número de Documento:**	1022939893	
Correo Electrónico:	monik1026@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3202632032	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3451-2024	**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	178	0	9158	$1630124	95.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1630124**	**UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA MIL CIENTOVEINTICUATROPESOS**					

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	$ 1740020	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 1840758	1402
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 3516672	1716
4	2024-08-01	2024-11-30	4	$ 6080912	2253
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

© Siasur - 2024

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 1740020
3	ABRIL	$ 1703388
4	MAYO	$ 1840758
5	JUNIO	$ 1666756
6	JULIO	$ 1703388
7	AGOSTO	$ 1703388
8	SEPTIEMBRE	$ 1630124

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5110164	**$ 18288526**	**$ 13691210**	**$ 4597316**

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.	-ATENCION ACERTIVA	-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.	-RECAUDAR LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORES REALIZANDO A DIARIO TESORERÍA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA INFORMACIÓN.	-RECIBOS DE CAJA - CIERRE EFECTIVO DE CAJA
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TECNICOS, GESTION DE ANULACION Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	-ENVIO DE FACTURAS DE MANERA OPORTUNA
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área	-REALIZAR CIERRE DE CARGOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTES	-CIERRE DE CARGOS 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	-REALIZAR LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACION	-REPORTE DE FACTURAS
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	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	-ESTAR A PAZ Y SALVO
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	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	-SOPORTES
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	ATENTO A CUALQUIER INSTRUCCIÓN DEL SUPERVISOR POR SI SE REQUIERE ALGUNA ACTIVIDAD O CONTINGENCIA	-INFORME DE ACTIVIDADES

© 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	$ 1703388
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	9472437101	-		
2024	**AGOSTO**	**2024**	**09**	**23**				
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	COLFONDOS	$ 1300000	$ 208000	**$ 209000**
Salud		FAMISANAR		$ 162500	**$ 163300**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 404200**

INFORMACIÓN DE PAGO

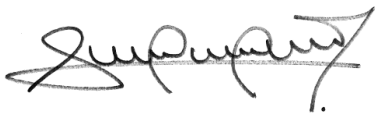
Entidad Bancaria	BANCO AV VILLAS	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	637832143

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA	2024-09-25 12:46:42
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA	2024-09-25 20:36:17
RECHAZADO SUPERVISOR	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	2024-09-26 14:50:13
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MONICA DEYANIRA PINZON HIGUERA	2024-09-27 09:58:05
ACEPTADO SUPERVISIÓN	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	2024-09-27 10:16:10
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-09-28 20:58:23
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	2024-10-11 10:38:45

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.



© Siasur - 2024

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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

blank

○ 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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO 3451-2024.pdf	FEBRERO 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 3451-2024.pdf	MARZO 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 3451-2024.pdf	ABRIL 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 3451-2024.pdf	MAYO 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 3451-2024.pdf	JUNIO 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 3451-2024.pdf	JULIO 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 3451-2024.pdf	AGOSTO 3451-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 1022939893		PINZON HIGUERA MONICA DEYANIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Car 49 d # 68 f - 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142045148	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	936943199	9472437101	I	2024/09/20	2024/09/26	NEQUI	6	$404,200

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	1022939893 PINZON MONICA	231001	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	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 1022939893		PINZON HIGUERA MONICA DEYANIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Car 49 d # 68 f - 29 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3142045148	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	936943199	9472437101	I	2024/09/20	2024/09/26	NEQUI	6	$404,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$1,000	$0	$209,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$200	$0	$31,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$200	$0	$31,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$800	$0	$163,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$800	$0	$163,300
TOTAL				1	$402,200	$2,000	$0	$404,200