LOGO ENTIDAD	NOMBRE DE LA ENTIDAD	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	LOGO APLICATIVO

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	MANUEL HUMBERTO NOVA PULIDO		**Número de Documento:**	80735149	
Correo Electrónico:	m.manuel26@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3212604945	
Nombre del Supervisor:	SUPERVISOR	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3444-2024	**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:	UNIDAD DE SERVICIOS				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	UNIDAD DE SERVICIOS	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	$ 1630124	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	$ 1703388	1402
3	2024-06-01	2024-08-31	3	$ 3773096	1716
4	2024-08-01	2024-11-30	4	$ 6025964	2253

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1630124
2	MARZO	$ 1703388

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
3	ABRIL	$ 1703388
4	MAYO	$ 1703388
5	JUNIO	$ 1703388
6	JULIO	$ 1703388
7	AGOSTO	$ 1849916
8	SEPTIEMBRE	$ 1794968

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5110164	**$ 18242736**	**$ 13791948**	**$ 4450788**

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	-atención asertiva	-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 médicas de acuerdo a la oportunidad, facturas las consultas, procedimientos, ayudas diagnosticas, terapias etc.	-disponibilidad de citas-registro dinámica
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (citas, apoyo diagnóstico, farmacia, etc.),	facturas - citas asignadas
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 de acuerdo a los recorridos, crear los usuarios correctamente en el sistema de información,	-Recibos de caja - facturas

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	--entrega de facturas a diario a los técnicos, gestionar la anulación y reemplazo de las facturas dentro de los tiempos establecidos.	--factura- formato de anulaciones
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 presentar soporte para la depuración	-reporte de facturas
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 para fiscales en los tiempos establecidos	- cuenta de cobro, soportes, planilla y cursos
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	--actividades asignadas por el servicio. -	-facturas, ordenes medicas

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	$ 1794968
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9474286837	-		
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	15				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS						

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1300000	$ 208000	**$ 208800**
Salud		SALUD TOTAL		$ 162500	**$ 163100**
ARL	3	SURA		$ 31668	**$ 31900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 377286**	**$ 403800**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO FALABELLA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	111200448435

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MANUEL HUMBERTO NOVA PULIDO	2024-10-29 08:26:20
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	MANUEL HUMBERTO NOVA PULIDO	2024-10-29 12:27:35
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2024-10-30 09:45:53
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-11-01 11:33:52

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.



JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS
DIRECTOR FINANCIERO

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 80735149		NOVA PULIDO MANUEL HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 68B SUR 69 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212604945	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000796	9474286837	I	2024/10/10	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	5	$429,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	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 80735149	NOVA MANUEL	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	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 80735149		NOVA PULIDO MANUEL HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 68B SUR 69 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3212604945	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000796	9474286837	I	2024/10/10	2024/10/15	BANCO DE BOGOTA	5	$429,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$800	$0	$208,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$800	$0	$208,800
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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$100	$0	$26,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$100	$0	$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				1	$428,200	$1,700	$0	$429,900

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		
☐	3444-2024 FEBRERO 2024	CUENTA FEBRERO 3444-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3444-2024 MARZO 2024	CUENTA MARZO 3444-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3444-2024 ABRIL 2024	CUENTA ABRIL 3444-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3444-2024 MAYO 2024.pdf	3444-2024 MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	3444-2024 JUNIO 2024.pdf	3444-2024 JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA JULIO 3444-2024.pdf	CUENTA JULIO 3444-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA AGOSTO 3444-2024.pdf	CUENTA AGOSTO 3444-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 3444-2024.pdf	CUENTA COBRO SEPTIEMBRE 3444-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >