Utilidades Administrativas Utilidades Asistenciales

VER INFORME DE ACTIVIDAD

Inicio / Contratacion / Informe Actividades / Ver Informe de Actividad

Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31
Nombre del Contratista:	YOLANDA MOLINA TRIANA		**Número de Documento:**	38252210
Correo Electrónico:	yolandamolina2103@gmail.com		**Número telefónico:**	3243453047
Nombre del supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3440-2024	**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	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	0	9158	1703388	100.0%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**1703388**	**UN MILLON DE SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2024-02-01	**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2024-04-30

No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-05-31	1	2097182	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	1923180	1402
3	2024-06-01	2024-08-31	3	3681516	1716
4	2024-08-01	2024-11-30	4	6209124	2253

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	1703388
2	MARZO	1987286
3	ABRIL	1813284
4	MAYO	1923180
5	JUNIO	1703388
6	JULIO	1959812
7	AGOSTO	1703388

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
8	SEPTIEMBRE	2069708
9	OCTUBRE	1703388

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
5110164	**19021166**	**16566822**	**2454344**

	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	----ISTEMA DG, DE ACUERDO A INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y CONSULTA EN PAGINAS (ADRESS -COMPROBADOR DE DERECHOS - CONSULTA SISBEN)	--REALIZA VERIFICACION EN PAGINAS , ACTULIZACION INFORMACION A DIARIO DE DATOS BASICOS DEL PACIENTE
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.	--ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD,FACTURAR CONSULTAS,PROCEDIMIENTOS,AYUDAS DX, TERAPIAS ETC	--SOPORTAR FACTURAS Y ENTREGAR EN FECHAS ESTABLECIDAS
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 ALOS TECNICOS,GESTION DE ANULACION Y REMMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	-NTREGA DE FACTURAS A DIARIO ALOS TECNICOS,GESTION DE ANULACION Y REMMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	---ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	--REALIZAR CUENTA DE COBRO CON LOS SOPORTES DE PAGO
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 CUENTA DE COBRO CON LOS SOPORTES DE PAGO	---CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADA
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 FUNCIONES REQUERIDAS POR EL JEFE INMEDIATO	---CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDAD
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	---REALIZAR FUNCIONES REQUERIDAS POR EL JEFE INMEDIATO	--CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDAD
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	--REALIZAR FUNCIONES REQUERIDAS POR EL JEFE INMEDIATO	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADA

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	2069708
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	1066788350	-		
2024	**SEPTIEMBRE**	**2024**	**10**	**22**				

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	**DOS MILLONES SESENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS OCHOPESOS**				
Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	SI	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1300000	0	**0**
Salud		SÁNITAS		162500	**162500**
ARL	3	SURA		31668	**31700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**194168**	**194200**
Documento Asociado	**1730384739 - Planilla Seguridad Social - 38252210**				

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	0550004800547533

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024
Sistemas de la Información TICS
Versión: 3.2.3