| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-10-01 | **Hasta:** | 2024-10-31 | |
| **Nombre del Contratista:** | NIDIA PILAR SALAMANCA ALDANA | | **Número de Documento:** | 35521933 | |
| **Correo Electrónico:** | nidiapilarsalamancaaldana@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3133278485 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS | **Cargo:** | DIRECTOR FINANCIERO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3456-2024 | **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 | 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 | $ 1703388 | 1107 |
| 2 | 2024-05-01 | 2024-06-30 | 2 | $ 1703388 | 1402 |
| 3 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 3 | $ 3406776 | 1716 |
| 4 | 2024-08-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 5110164 | 2253 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1703388 |
| 2 | MARZO | $ 1703388 |
| 3 | ABRIL | $ 1703388 |
| 4 | MAYO | $ 1703388 |
| 5 | JUNIO | $ 1703388 |
| 6 | JULIO | $ 1703388 |
| 7 | AGOSTO | $ 1703388 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1703388 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5110164** | **$ 17033880** | **$ 13627104** | **$ 3406776** |

| 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. | -ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD, FACTURAR LAS CONSULTAS , PROCEDIMIENTOS, AYUDAS DX, TERAPIAS ETC. | -DISPONIBILIDAD DE CITAS REGISTRO DINAMICA |
| 3 | 3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios | -REALIZAR LA FATURACION EFECTIVA DE TODOS LOS SERVICIOS AMBULATORIOS REQUERIDOS ( CITAS, APOYO DIAGNOSTICO, LABORATORIOS, FARMACIA ETC ) | -FACTURAS Y 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 TESORERIA DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS, CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION | -RECIBOS DE CAJA Y FACTURAS |


***© Siasur - 2024***

| 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 TECNICOS, GESTIONAR LA ANULACION Y REEMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS | -FACTURA Y FORMATO DE ANULACION |
| 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 DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTANDO SOPORTE PARA LA DEPURACION | -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 | -PRESENTAR EL SOPOTE DE PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS | -CUENTA DE COBRO, SOPORTES, PLANILLA Y CURSOS |
| 8 | 8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato. | -ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL SERVICIO | -FACTURAS DE ACUERDO A LA ORDEN MEDICA |

## 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** | 9474074906 | - | | |
| **2024** | **SEPTIEMBRE** | **2024** | **10** | **11** | | | | |

| **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 | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | $ 1300000 | $ 208000 | **$ 208500** |
| Salud | | COMPENSAR | | $ 162500 | **$ 162900** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 31668 | **$ 31800** |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 403200** |

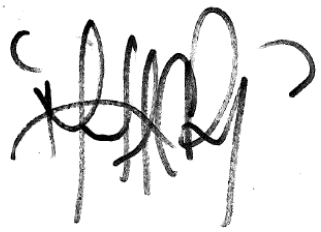
## INFORMACIÓN DE PAGO

| **Entidad Bancaria** | BANCO DAVIVIENDA S.A. | **Tipo de Cuenta** | AHORROS | **Número de Cuenta** | 4870309830 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | NIDIA PILAR SALAMANCA | 2024-10-26 08:52:13 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS | 2024-10-29 14:27:16 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-10-31 11:19:14 |

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 35521933 | | SALAMANCA ALDANA NIDIA PILAR | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 90A N° 46 - 51 Sur Casa 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7287717 | 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 | 975986394 | 9474074906 | I | 2024/10/08 | 2024/10/11 | BANCO DAVIVIENDA | 3 | $403,200 |

**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 35521933 | SALAMANCA NIDIA | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 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 35521933 | | SALAMANCA ALDANA NIDIA PILAR | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cra 90A N° 46 - 51 Sur Casa 45 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7287717 | 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 | 975986394 | 9474074906 | I | 2024/10/08 | 2024/10/11 | BANCO DAVIVIENDA | 3 | $403,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $500 | $0 | $208,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $500 | $0 | $208,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $100 | $0 | $31,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $400 | $0 | $162,900 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $400 | $0 | $162,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $1,000 | $0 | $403,200 |

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-2998-2023.pdf (Archivado) | ENERO-2998-2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | FEBRERO 3456 - 2024.pdf | FEBRERO 3456 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO 3456 -2024.pdf | MARZO 3456 -2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | ABRIL 3456 - 2024.pdf | ABRIL 3456 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MAYO 3456 - 2024.pdf | MAYO 3456 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JUNIO 3456 - 2024.pdf | JUNIO 3456 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | JULIO 3426 -2024.pdf | JULIO 3426 -2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | AGOSTO 3456 - 2024.pdf | AGOSTO 3456 - 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SEPTIEMBRE 3456 -2024.pdf | SEPTIEMBRE 3456 -2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >