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 1027523724		QUIMBAYO MENDOZA JUAN JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 69 m no 69 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3232162092	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1045793949	9476040064	I	2024/11/08	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	5	$403,800

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	1027523724 QUIMBAYO JUAN	230301	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 1027523724		QUIMBAYO MENDOZA JUAN JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 69 m no 69 77	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3232162092	No

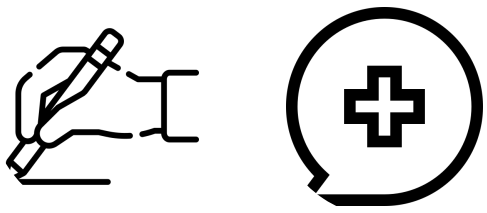
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1045793949	9476040064	I	2024/11/08	2024/11/13	BANCO DAVIVIENDA	5	$403,800

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$600	$0	$163,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$600	$0	$163,100
TOTAL				1	$402,200	$1,600	$0	$403,800

VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2024-10-01	**Hasta:**	2024-10-31
Nombre del Contratista:	JUAN JOSE QUIMBAYO MENDOZA		**Número de Documento:**	1027523724
Nombre del supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS		**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3464-2024	**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**					

EJECUCION 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	1849916	1107
2	2024-05-01	2024-06-30	2	1849916	1402
3	2024-06-01	2024-08-31	3	3406776	1716
4	2024-08-01	2024-11-30	4	5696276	2253

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	FEBRERO	1703388
2	MARZO	1703388
3	ABRIL	1849916
4	MAYO	1849916
5	JUNIO	1703388

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
6	JULIO	1703388
7	AGOSTO	1703388
8	SEPTIEMBRE	1849916
9	OCTUBRE	1703388

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
5110164	**17913048**	**15770076**	**2142972**

	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.	--Atender humanizada, oportuna y respetuosa a los usuarios internos y externos, actualizar y verificar en el sistema dinamica gerencial, de acuerdo a informacion suministrada por el usuario y consulta en paginas (Adres, Comprobador de derchos, Capital Salud, Consulta sisben	--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.	------No se asignan citas	-----no aplica
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	---Facturar a tiempo las ordenes medicas entregadas	---Facturación Oportuna
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área	----Entrega de facturas a diario a los técnicos gestión de anulación y reemplazo de las facturas dentro de los tiempos establecidos	------Envio de factura de manera oportuna
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 depuración de los ingresos aperturados facturando y /o presenta soporte para 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	-Entrega de parafiscales en los tiempos estipulados -	--Soportes solicitados
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	--se realizan las actividades asignadas por el supervisor del contrato	---Se da cumplimiento
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	-se realizan las actividades asignadas por el supervisor del contrato	----Se da cumplimiento

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	1849916
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9474023220	-		
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	07				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		UN MILLON DE OCHOCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS DIECISEISPESOS						
Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social			Ingreso Base de Cotización		Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL					
Pensionado	NO	PORVENIR	1300000	208000	208300
Salud		FAMISANAR		162500	162800
ARL	3	SURA		31668	31800
Caja de Compensación	NO		**Total**	**402168**	402900
Documento Asociado		1730084257 - Planilla Seguridad Social - 1027523724			

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	488418401664

Copyright © Subred Integrada de Servicios de Salud Sur 2024

Sistemas de la Información TICS

Versión: 3.2.3