

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.			
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS			

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-10-01	Hasta:	2024-10-31	
Nombre del Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		Número de Documento:	52747848	
Correo Electrónico:	adricasni525@gmail.com		Número Telefónico:	3163352949	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	Cargo:	DIRECTOR FINANCIERO	Código - Grado:	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3595-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	478
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS				
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	\$4056200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 4056200	CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS		

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	\$ 4056200	1106
2	2024-05-01	2024-06-30	2	\$ 4056200	1403
3	2024-06-01	2024-08-31	3	\$ 8112400	1733
4	2024-08-01	2024-11-30	4	\$ 12168600	2254
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		FEBRERO		\$ 4056200	
2		MARZO		\$ 4056200	
3		ABRIL		\$ 4056200	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
4	MAYO	\$ 4056200	
5	JUNIO	\$ 4056200	
6	JULIO	\$ 4056200	
7	AGOSTO	\$ 4056200	
8	SEPTIEMBRE	\$ 4056200	
9	OCTUBRE	\$ 4056200	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS
\$ 12168600		\$ 40562000	\$ 36505800
			\$ 4056200
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Hacer seguimiento diario a la gestión de cierre y facturación de ingresos, retroalimentando las debilidades tanto administrativas como asistenciales que se encuentren, buscando que los servicios prestados queden facturados de manera adecuada y no se generen reprocesos y/o objeciones por mala identificación de línea de pago,	Se realiza seguimiento a la gestión de cierre y facturación de ingresos por parte de los auxiliares administrativos para garantizar que los servicios prestados sean facturados de manera adecuada y para evitar reprocesos u objeciones por errores en la identificación de la línea de pago.	Cierre de ingresos abiertos
2	2. Verificar que los auxiliares de facturación realicen el cierre efectivo de los ingresos, los cuales deben contar con la auditoría técnica en línea establecida, velando porque se reporten todos los egresos generados a la central de revisión para velar por la auditoría de cuentas, al igual que garantizar que se realice corrección a las objeciones generadas por los revisores de cuentas,	Asegurar que los auxiliares de facturación realicen el cierre efectivo de los ingresos, cumplan con la auditoría técnica en línea establecida y corrijan las objeciones generadas por los revisores de cuentas	Generación de facturas sistema de información
3	3. Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturación como al equipo de trabajo social para el manejo y definición de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento,	Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturación como al equipo de trabajo social para el manejo y definición de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento	definición de pagadores
4	4. Realizar monitoreo semanal al censo hospitalario Vs ordenes de salida generadas por los Auxiliares de Facturación, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidación en la central de facturación y central de revisión, velando por el cierre de ingresos dentro del mes de la prestación del servicio, dando respuesta de igual manera a los reportes realizados de inconsistencias o ingresos pendientes por subsanar remitidos por la central de revisión,	Realizar monitorio semanal al censo hospitalario Vs ordenes de salida generadas por los Auxiliares de Facturación, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidación en la central de facturación y central de revisión, informando a las diferente áreas los motivos por los cuales no se puede generar la facturas dentro del mismo mes para que ellos realicen la gestión correspondiente.	-Reporte ingresos abiertos informe de devolución reporte de ausencia de soportes

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
5	5. Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturación.	Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturación.	-listado de asistencias a reuniones
6	6. 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 desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,	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 desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,6. 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 desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,	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 desarrollo de las actividades, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar,
7	7. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.

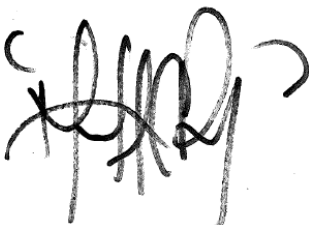
INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios de Certificados el Mes Anterior		\$ 4056200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	80986383	-			
2024	SEPTIEMBRE	2024	10	15					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	\$ 1622480	\$ 259597	\$ 260600	
Salud					FAMISANAR		\$ 202810	\$ 203700	
ARL				3	SURA		\$ 39524	\$ 39800	
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 470876	\$ 504100	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66950336553

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA CASTILLO NIÑO	2024-10-29 12:23:52
RECHAZADO SUPERVISOR	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2024-10-30 12:32:41
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ADRIANA CASTILLO NIÑO	2024-10-30 12:40:40
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2024-10-30 15:40:46
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-11-01 12:44:54
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	2024-11-14 11:19:01

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.



Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2024

JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS
DIRECTOR FINANCIERO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52747848	ADRIANA CASTILLO NIÑO		CRA 5D BIS 8 No49 D 05 SUR	7142590	ADRICASNI525@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR
2024-09					\$536.800
2024-09					
I					
15/10/2024					
80986383					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.900	0		0		0	5	800	0	203.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	259.600	0	0	0	0	5	1.000	0	260.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	39.600				39.600	5	200	39.800		396		39.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.500	5	200	32.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	5	0	0	0
ICBF				
0	5	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	202.900	203.700
Pensión	1	259.600	260.600
Riesgos Laborales	1	39.600	39.800
CCF	1	32.500	32.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	534.600	536.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52747848	ADRIANA CASTILLO NIÑO		CRA 5D BIS 8 No49 D 05 SUR	7142590	ADRICASNI525@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80986383	\$536.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Grupos de Riesgo	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	52747848	CASTILLO NIÑO ADRIANA	59	F	N														230201	1.622.480	259.600	0	0	0	0	0	EPS017	1.622.480	202.900	14-11	1.622.480	3	39.600	CCF24	1.622.480	32.500	0	0	0	0	0	0

PAGADA

- 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

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de recibos de autorización?

Nº 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.					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ FEBRERO CONTRATO_3595-2024.pdf	FEBRERO CONTRATO_3595-2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ CONTRATO 3595 MARZO_2024.pdf	CONTRATO 3595 MARZO_2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ ABRIL 3595-2024.pdf	ABRIL 3595-2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ MAYO 3595-2024 (1).pdf	MAYO 3595-2024 (1).pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ JUNIO 3595_2024.pdf	JUNIO 3595_2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ julio 3595-2024.pdf	julio 3595-2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ AGOSTO_3595-2024.pdf	AGOSTO_3595-2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle
☐ SEPTIEMBRE 3595-2024.pdf	SEPTIEMBRE 3595-2024.pdf	Proveedor Descarga Detalle