| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 2024-11-01 | **Hasta:** | 2024-11-30 | |
| **Nombre del Contratista:** | CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA | | **Número de Documento:** | 52874911 | |
| **Correo Electrónico:** | cindypaolacampar@gmail.com | | **Número Telefónico:** | 3175171667 | |
| **Nombre del Supervisor:** | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS | **Cargo:** | DIRECTOR FINANCIERO | **Código - Grado:** | |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. Contrato:** | 3509-2024 | **Año Contrato:** | 2024 | **CDP Contrato Inicial:** | 477 |
| **Perfil:** | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS 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 | 66 | 10465 | $2637180 | 135.5% |
| **VALOR SERVICIO PRESTADO MES:** | **$ 2637180** | **DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTOOCHENTAPESOS** | | | | | |

## 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 | $ 2511600 | 1107 |
| 2 | 2024-05-01 | 2024-06-30 | 2 | $ 2448810 | 1402 |
| 3 | 2024-06-01 | 2024-08-31 | 3 | $ 4144140 | 1716 |
| 4 | 2024-08-01 | 2024-11-30 | 4 | $ 9355710 | 2253 |
| 5 | 2024-11-01 | 2025-01-15 | 5 | $ 4489485 | 2829 |
| **No. Cuenta Según el Mes Certificado** | | **Mes Cuenta de Cobro** | | **Valor a Pagar** | |


***© Siasur - 2024***

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO | | |
|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1946490 |
| 2 | MARZO | $ 2448810 |
| 3 | ABRIL | $ 2009280 |
| 4 | MAYO | $ 2448810 |
| 5 | JUNIO | $ 2072070 |
| 6 | JULIO | $ 2072070 |
| 7 | AGOSTO | $ 2825550 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 2951130 |
| 9 | OCTUBRE | $ 2260440 |
| 10 | NOVIEMBRE | $ 2637180 |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 5839470** | **$ 28789215** | **$ 23671830** | **$ 5117385** |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | 1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes 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. | Realizar la adecuada apertura del ingreso a los pacientes de forma cálida y sin barreras, verificando el estado de afiliación y dejando evidencia del proceso en el sistema | Apertura de ingresos con mi usuario asignado |
| 2 | 2. Generar en el sistema de información los informes cada hora que me permitan hacer la Revisión de las ordenes emitidas por la parte asistencial contra la generación del anexo No. 2 Y 3 y realizar el reporte a la EAPB según la normatividad y la contratación, en los casos de facturación generar los reportes establecidos por la Subred que permitan disminuir los tiempos de egreso, | Actualización constante de los servicios requeridos por el personal asistencial para dar cumplimento a los tiempos de egreso | Facturación adecuada con los procesos requeridos en la historia clínica |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 3 | 3. Tramitar con la EPS todos los servicios que requieran autorización utilizando los formatos correspondientes para las autorizaciones ante las EAPB en cumplimiento de los tiempos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual debe realizar los anexos No. 3 que no fueron generados por la parte asistencial y tramitar la autorización con la EAPB, al igual que realizar los trámites de estancias de los censos de pacientes de la institución registrando los trámites realizados en la hoja de ruta de autorizaciones como soporte de la misma | Solicitar las autorizaciones en tiempo real para agilizar los egresos correspondientes. | Se deja evidencia en la hoja de ruta del tramite y respuesta obtenida por la entidad correspondiente |
| 4 | 4. Adjuntar todos los soportes del trámite de autorización en dinámica Gerencial en la opción de requerimientos de todos los documentos correspondiente al trámite de autorización y papeles administrativos que permitan validar la trazabilidad realizada ante las EAPB, | hacer proceso de validación de pagador con soportes de cada comprobadores de derechos y adjuntarlos junto a autorización a requerimientos | cada ingreso tendrá adjunto los soportes correspondientes para cerrar factura con los requerimientos solicitados en radicació |
| 5 | 5. Registrar en la hoja de ruta de autorizaciones todas las acciones realizadas y los códigos de autorización emitidos por las EAPB y/o en su defecto la información generada por la entidad, adjuntar los soportes en Dinámica Gerencial de la trazabilidad realizada ante las EAPB, | realizar hoja de ruta para los ingresos que la requieren | evidenciar en la misma la descripción de cada paciente según el caso |
| 6 | 6. Apoyar el proceso de respuesta a las devoluciones y glosas iniciales y/o definitivas, | Atender oportunamente los reportes hechos por el jefe de servicio dando cierre efectivo a los procesos | validad cada reporte y hacer la gestión correspondiente |
| 7 | 7. Apoyar el proceso de facturación de urgencias y hospitalización de ser requerido desarrollando las actividades necesarias para propender por garantizar la atención adecuada de los usuarios y la generación de los recursos de la institución, | la generación de los recursos de la institución, Generar factura, orden de salida, recibo de cajas y/o pagares según el caso cuando de a lugar | Pre-facturas enviadas a revisión para su aprobación y facturación total |
| 8 | 8. Presentar aporte de parafiscales dentro de los días 20-25 de cada mes con soportes requeridos para presentar la cuenta de cobro 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 edades 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, | ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS | SOPORTES DE LOS PARAFISCALES |
| 9 | 9. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato | Responder en tiempo adecuado a las devoluciones y glosas notificadas para dar solución y poder entregar la cuenta entre los parámetros solicitados | Respuesta a los correos que notifiquen la devolución de la cuenta |

## 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 | $ 2260440 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 80910731 | - | | |
| 2024 | OCTUBRE | 0024 | 11 | 26 | | | | |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras | | | | | DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTAPESOS | | | |

| Item | | Entidades Aportantes a Seguridad Social | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes | Valor Aportado |
|---|---|---|---|---|---|
| Pensionado | NO | PORVENIR | $ 1300000 | $ 208000 | $ 208000 |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 162500 | $ 162500 |
| ARL | 3 | POSITIVA | | $ 31668 | $ 31700 |
| Caja de Compensación | NO | | **Total** | **$ 377286** | **$ 402200** |

## INFORMACIÓN DE PAGO

| Entidad Bancaria | BANCOLOMBIA S.A. | Tipo de Cuenta | AHORROS | Número de Cuenta | 14147367695 |
|---|---|---|---|---|---|

## HISTÓRICO

| OBSERVACIÓN | USUARIO | FECHA |
|---|---|---|
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES | CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA | 2024-11-27 19:35:27 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS | 2024-11-28 19:06:36 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2024-11-29 17:20:48 |
| 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 | 2024-12-11 11:05:42 |

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**


***© Siasur - 2024***

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52874911 | CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA | KR 87 B 42 F 33 SUR | 7835069 | CINDYPAOLACAMPAR@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 26/11/2024 | 80910731 | $408.000 | |

## 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 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 20 | 2.300 | 0 | 164.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 20 | 3.000 | 0 | 211.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 31.700 | | | | 31.700 | 20 | 500 | 32.200 | | | 317 | 32.200 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 162.500 | 164.800 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 211.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 32.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 408.000 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52874911 | CYNDY PAOLA CAMARGO PARRA | KR 87 B 42 F 33 SUR | 7835069 | CINDYPAOLACAMPAR@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 26/11/2024 | 80910731 | $408.000 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 52874911 | CAMARGO PARRA CYNDY PAOLA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.300.000 | 162.500 | 14-23 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | FEBRERO - 3509.pdf | FEBRERO - 3509.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | MARZO-3509.pdf | MARZO-3509.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-ABRIL.pdf | 3509-ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-MAYO.pdf | 3509-MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-JUNIO-2024.pdf | 3509-JUNIO-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-JULIO-2024.pdf | 3509-JULIO-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-AGOSTO-2024.pdf | 3509-AGOSTO-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-SEPTIEMBRE-2024.pdf | 3509-SEPTIEMBRE-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3509-OCTUBRE-2024.pdf | 3509-OCTUBRE-2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

**Datos guardados**

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >