

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

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-12-01	Hasta:	2024-12-31	
Nombre del Contratista:	LUZ MARINA FORERO DUARTE		Número de Documento:	51997537	
Correo Electrónico:	luzmarina0106@hotmail.com		Número Telefónico:	3103190527	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	Cargo:	DIRECTOR FINANCIERO	Código Grado:	-

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3424-2024	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	Procentaje(%) 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	\$ 4560684	2253
5	2024-11-01	2025-01-15	5	\$ 2555082	2829
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	\$ 1153908	
7	AGOSTO	\$ 1703388	
8	SEPTIEMBRE	\$ 1703388	
9	OCTUBRE	\$ 1703388	
10	NOVIEMBRE	\$ 1703388	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
\$ 5110164		\$ 19039482	\$ 2555082
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, RESPETUOSAMENTE A LOS USUARIOS INTERNO Y EXTERNOS.	- REALIZA VERIFICACION DE BASE DE DATOS SOPORTES EN REQUERIMIENTOS Y SISTEMAS DE INFORMACION DGH
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.	-DURANTE ESTE MES NO SE REALIZO AGENDAMIENTO DE CITAS EN NINGUN SERVICIO.	-NO SE AGENDAN CITAS ESTE MES
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnósticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-SE REALIZA AUTORIZACION DE SERVICIOS PRESTADOS POR APH	-SE REALIZA EL TRAMITE DE AUTORIZACIONES A LAS DIFERENTES ENTIDADES Y SE SUBEN A DINAMICA

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área	-NO SE RELIZO RECUADO EN ESTE PERIODO, NI CIERRE DE CAJA	-NO SE REALIZA CIERRE DE CAJA
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 Y GESTIONAR LA ANULACION DE LAS FACTURAS DE FORMA OPORTUNA	- SE ENTREGAN FACTURAS CON SOPORTES SOLICITADO
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	-SE SOLUCIONAN INCONVENIENTES CON SERVICIOS PRESTADOS Y Y CON INGRESOS ABIERTOS	-SE REALIZA EL CARGUE DE REQUERIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS SOPORTES DE LAS FACTURAS REALIZADAS
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 prerequisite para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	-REALIZO EL PAGO DE PARAFICALES EN FECHA OPORTUNA	-ENTREGO CUENTA DE COBRO CON LOS SOPORTES DE PARAFICALES EN LAS FECHAS SOLICITADAS.
8	8. Desarrollar las demás actividades que requeridas por el supervisor del contrato.	-REALIZAR TODO EL PROCESO DE VERIFICACION, TRAMITANDO LA AUTORIZACION DE LOS SERVICIOS PRESTADOS DE AHP	- AUTORIZACION Y FACTURACION DE SERVICIOS DE APH, SUBIDOS A DINAMICA GERENCIAL.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados de el Mes Anterior		\$ 1703388
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	82078514	-			
2024	NOVIEMBRE	2024	12	12					
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	\$ 208300	
Salud					COMPENSAR		\$ 162500	\$ 162800	
ARL				1	SURA		\$ 6786	\$ 6900	
Caja de Compensación				NO			Total	\$ 377286	\$ 378000

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	570004870223775

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ MARINA FORERO DUARTE	2024-12-11 22:37:44
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2024-12-15 13:08:52
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-12-16 10:40:41

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51997537	LUZ MARINA FORERO DUARTE		carrera 11 65c 70 sur torre 4 apt 304	3103190527	luzmarina0106@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82078514	1 0
					TOTAL A PAGAR
					\$404.100

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	2	300	0	208.300	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	6.800				6.800	2	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	2	100	26.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	162.800
Pensión	1	208.000	208.300
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	404.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51997537	LUZ MARINA FORERO DUARTE		carrera 11 65c 70 sur torre 4 apt 304	3103190527	luzmarina0106@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
					10
TOTAL A PAGAR					
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	82078514	\$404.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Bolíviano	Extranjero	Colombiano	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLA	SLB	SLC	SLD	SLF	SLG	SLH	SLI	SLJ	SLK	SLM	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	51997537	FORERO DUARTE LUZ MARINA	59	0			N																				25-14	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS008	1,300,000	162,500	14-11	1,300,000	1	6,800	CCF24	1,300,000	26,000	0	0	0	0	0

PAGADA