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:**	2025-06-01	**Hasta:**	2025-06-30	
Nombre del Contratista:	ANGIE STEFANIA SUAREZ VILLAMIL		**Número de Documento:**	1110262175	
Correo Electrónico:	angiestefania_@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3238182828	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2582-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	59
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

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	10257	$1907802	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1907802**	**UN MILLON NOVECIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS DOSPESOS**					

© Siasur - 2025

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-16	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	ENERO	$ 953901	
2	FEBRERO	$ 1907802	
3	MARZO	$ 1907802	
4	ABRIL	$ 2112942	
5	MAYO	$ 2400138	
6	JUNIO	$ 1907802	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14308515	**$ 14308515**	**$ 11190387**	**$ 3118128**

	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.	-SISTEMA DGH, DE ACUERDO A INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN DE DERECHOS CONFORME A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS, ASEGURANDO LA IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PAGADOR.	REGISTROS EN EL SISTEMA DGH, REPORTES DE VERIFICACIÓN DE DERECHOS, DOCUMENTACIÓN DE ATENCIÓN AL USUARIO, INFORMES DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS Y GEOREFERENCIACIÓN.
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 APLICA.	-NO APLICA.
3	3. Realizar la facturación efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios y entrega diaria de las mismas	-REALIZAR APERTURA Y CIERRE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN VERIFICANDO LOS PARAMETROS EXIGIDOS, CUMPLIENDO LOS DEBERES Y OBLIGACIONES DIARIAS.	REGISTROS DE FACTURACIÓN DIARIA, DOCUMENTOS SOPORTE DE LOS SERVICIOS FACTURADOS, INFORMES DE ENTREGA DE FACTURAS.

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,	-DAR SOLUCIÓN A LAS INCONSISTENCIAS REPORTADAS DE DICHA ÁREA.	-NO APLICA.
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 CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES, GESTIÓN DE ANULACIÓN Y REEMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	-SOPORTE DE FACTURAS Y ENTREGA EN LAS FECHAS ESTABLECIDAS.
6	6. Verificar y solucionar los ingresos ambulatorios aperturados los cuales se encuentren en estado registrado o bloqueado y que por ende no tienen factura asociada	SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN Y CORRECCIÓN DE LOS INGRESOS AMBULATORIOS EN ESTADO REGISTRADO O BLOQUEADO, GARANTIZANDO QUE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS PARA LA EMISIÓN DE FACTURA.	INFORMES DE REVISIÓN, REGISTROS DE CORRECCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INGRESOS, DOCUMENTACIÓN SOPORTE DE LA EMISIÓN DE FACTURAS ASOCIADAS A LOS INGRESOS.
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 pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	DURANTE EL PERIODO EVALUADO, SE REALIZÓ LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS APORTES PARAFISCALES DENTRO DE LOS PLAZOS ESTABLECIDOS, CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES PARA LA PRESENTACIÓN DE LA CUENTA DE COBRO. SE MANTUVIERON AL DÍA LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES Y, EN CASO DE CIERRE O FINALIZACIÓN, SE PREVÉ EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA LA ENTREGA DE INVENTARIO Y FIRMA DE PAZ Y SALVO.	SOPORTES DE PAGO PARAFISCAL (SEGURIDAD SOCIAL), CUENTAS DE COBRO PRESENTADAS.
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-REALIZAR FUNCIONES REQUERIDAS, SEGÚN LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES.

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	$ 2400138
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	1072901338	-		
2025	MAYO	2025	06	21				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	DOS MILLONES CUATROCIENTOS MIL CIENTOTREINTA 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	$ 1423500	$ 227760	**$ 227800**
Salud		FAMISANAR		$ 177938	**$ 178000**
ARL	3	POSITIVA		$ 34676	**$ 34700**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 413129**	**$ 440500**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	10100000969

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	ANGIE STEFANIA SUAREZ VILLAMIL	2025-06-24 13:27:52
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-06-26 10:21:07
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2025-06-27 11:10:40

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