| | | |
|---|---|---|
| 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:** | 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:** | 2621-2025 | **Año Contrato:** | 2025 | **CDP Contrato Inicial:** | 58 |
| **Perfil:** | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III | | | | |
| **Dirección a la que Pertenece:** | DIRECCIÓN FINANCIERA | | | | |
| **Unidad de Servicios:** | ADMINISTRATIVA | | | | |

## 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** | 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 | $ 2028100 |
| 2 | FEBRERO | $ 4056200 |
| 3 | MARZO | $ 4056200 |
| 4 | ABRIL | $ 4056200 |
| 5 | MAYO | $ 4056200 |
| 6 | JUNIO | $ 4056200 |


***© Siasur - 2025***

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| **$ 30421500** | **$ 30421500** | **$ 22309100** | **$ 8112400** |

| 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 gestion de cierre y facturacion 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 identificacion de linea 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 facturacion realicen el cierre efectivo de los ingresos, los cuales deben contar con la auditoria tecnica en linea establecida, velando porque se reporten todos los egresos generados a la central de revision para velar por la auditoria de cuentas, al igual que garantizar que se realice correccion 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 facturacion como al equipo de trabajo social para el manejo y definicion 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 Facturacion, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidacion en la central de facturacion y central de revision, velando por el cierre de ingresos dentro del mes de la prestacion del servicio, dando respuesta de igual manera a los reportes realizados de inconsistencias o ingresos pendientes por subsanar remitidos por la central de revision, | 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.c | Reporte ingresos abiertos informe de devolución reporte de ausencia de soportes |
| 5 | 5. Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturacion. | Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturacion | listado de asistencias a reuniones |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 6 | 6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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, | siguiente de acuerdo al cumplimiento de las actividades contractuales, En caso de retiro de las actividades asignadas debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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 dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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 dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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 demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. | Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. | Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato. |


***© Siasur - 2025***

## 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 | $ 4056200 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AÑO | MES | AÑO | MES | DÍA | 2587370130 | - | | |
| 2025 | MAYO | 2025 | 06 | 12 | | | | |
| 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 | **$ 259600** |
| Salud | | FAMISANAR | | $ 202810 | **$ 202900** |
| ARL | 3 | SURA | | $ 39524 | **$ 39600** |
| Caja de Compensación | SI | COMPENSAR | **Total** | **$ 470876** | **$ 502100** |

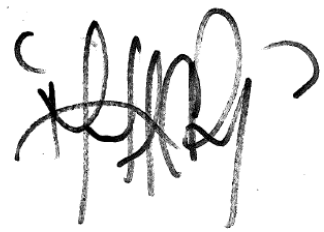
## INFORMACIÓN DE PAGO

| 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 | 2025-06-24 08:11:29 |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS | 2025-06-25 15:33:55 |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO | 2025-06-27 10:25:58 |

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**

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 | 52747848 | ADRIANA CASTILLO NIÑO | CRA 5D BIS B No49 D 05 SUR | 7142590 | ADRICASNI525@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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 12/06/2025 | 87370130 | $534.600 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 202.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 202.900 | 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 | 0 | 0 | | 259.600 | 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 | 0 | 0 | 39.600 | | | 396 | 39.600 | 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 | 0 | 0 | 32.500 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 202.900 | 202.900 |
| Pensión | 1 | 259.600 | 259.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.600 | 39.600 |
| CCF | 1 | 32.500 | 32.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 534.600 | 534.600 |

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 | 52747848 | ADRIANA CASTILLO NIÑO | CRA 5D BIS B No49 D 05 SUR | 7142590 | ADRICASNI525@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | NO |

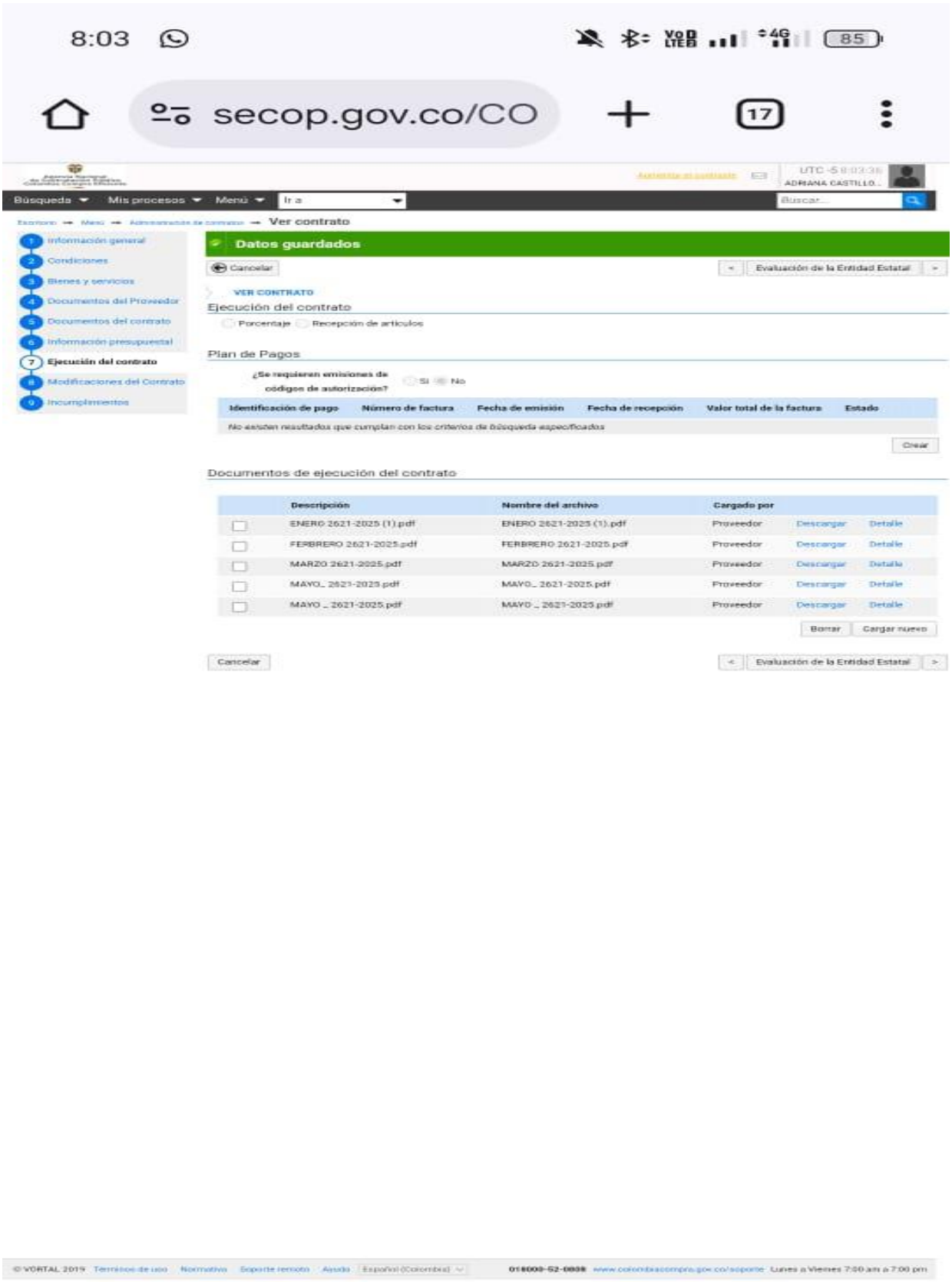
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 12/06/2025 | 87370130 | $534.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza Exterior | Exonerado | 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 | 52747848 | CASTILLO NIÑO ADRIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.622.480 | 259.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.622.480 | 202.900 | 14-11 | 1.622.480 | 3 | 39.600 | CCF24 | 1.622.480 | 32.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


8:03
secop.gov.co/CO
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
ADRIANA CASTILLO...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
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?
Si
No
Identificación 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
ENERO 2621-2025 (1).pdf
ENERO 2621-2025 (1).pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
FERBRERO 2621-2025.pdf
FERBRERO 2621-2025.pdf
MARZO 2621-2025.pdf
MARZO 2621-2025.pdf
MAYO_ 2621-2025.pdf
MAYO_ 2621-2025.pdf
MAYO _ 2621-2025.pdf
MAYO _ 2621-2025.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
© VORTAL 2019
Términos de uso
Normativa
Soporte remoto
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808
www.colombiacompra.gov.co/soporte
Lunes a Viernes 7:00 am a 7:00 pm