

CREAR INFORMES DE
ACTIVIDADES

[Inicio](#) / [Contratacion](#) / [Informe Actividades](#)

/ Crear Informes de Actividades



[Regresar](#)

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:

Desde:

2025-10-01

Hasta:

2025-10-17

Nombre del Contratista:

YOLANDA MOLINA TRIANA

Número de Documento:

38252210

Correo Electrónico:

yolandamolina2103@gmail.com

Número telefónico:

3243453047

Nombre del supervisor:

JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS

Cargo:

DIRECTOR FINANCIERO

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:

2570-2025

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

Añadir Liquidación de Servicios

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-16		Fecha de Terminación Inicial del Contrato	
				2025-08-31	
No. Prorroga	Fecha Inicio	Fecha Terminación	No. Adición	Valor Adición	CDP
1	2025-08-06	2025-12-31	1	7764549	1232
No. Cuenta Según el Mes Certificado		Mes Cuenta de Cobro		Valor a Pagar	
1		ENERO		953901	
2		FEBRERO		1907802	
3		MARZO		1907802	
4		ABRIL		2000115	
5		MAYO		1907802	
6		JUNIO		1907802	
7		JULIO		1907802	
8		AGOSTO		1887288	
9		SEPTIEMBRE		2030886	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
14308515		22073064		16411200	5661864

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	ACCIONES
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.	-	-	<div></div>
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,	-	-	<div></div>
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	-	-	<div></div>
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	-	-	<div></div>
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	-	-	<div></div>
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	-	-	<div></div>
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	-	-	<div></div>
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-	-	<div></div>

No se ha añadido el pago de seguridad social

Añadir Información del Pago de Seguridad Social

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550004800547533

Enviar Cuenta de Cobro