

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

| DATOS DEL INFORME       |                              |            |                      |                 |  |
|-------------------------|------------------------------|------------|----------------------|-----------------|--|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                       | 2025-09-19 | Hasta:               | 2025-09-30      |  |
| Nombre del Contratista: | ANDREA CAROLINA ROJAS SUAREZ |            | Número de Documento: | 53164919        |  |
| Correo Electrónico:     | andreita1030@gmail.com       |            | Número Telefónico:   | 3103465805      |  |
| Nombre del Supervisor:  | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS | Cargo:     | DIRECTOR FINANCIERO  | Código - Grado: |  |

| DATOS DEL CONTRATO            |                                                                      |               |      |                       |      |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------|------|-----------------------|------|
| No. Contrato:                 | 6584-2025                                                            | Año Contrato: | 2025 | CDP Contrato Inicial: | 1557 |
| Perfil:                       | APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - REVISOR DE CUENTAS DE FACTURACION |               |      |                       |      |
| 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                            | 144          | 0                        | 13257      | \$1909008 | 193.5%                         |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 1909008           | UN MILLON NOVECIENTOS NUEVE MIL OCHOPESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-09-19          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2025-12-31 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | SEPTIEMBRE          | \$ 1909008                                |            |

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| \$ 9863208                 | \$ 9863208               | \$ 1909008       | \$ 7954200         |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |                     |
|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 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                                                                                                                                                         | --Adecuada atencion a los usuarios internos de la institucion                                    | --No Quejas         |
| 2 | Realizar verificación permanente del correo institucional para proceder a realizar la auditoría de cuentas en línea, garantizando se le dé prioridad a las cuentas con copago y accidentes de tránsito que deben ser generadas al momento del egreso del usuario                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ---Se verifica que las cuentas tengan validación de derechos y demás documentos administrativos. | --Medios Magnéticos |
| 3 | Realizar la revisión de cuentas en línea validando el cobro adecuado de urgencias, estancias, medicamentos, procedimientos, insumos, tarifas acorde a lo establecido en la normatividad legal vigente y a la matriz de contratación de la institución, realizando las objeciones pertinentes reportándolas por correo electrónico, para lo cual se debe realizar el seguimiento a la corrección de las mismas, revisar los casos de demora en lectura por sistema de los soportes de laboratorios, imagenología, patología, banco de sangre, consultas , radicados de medicamentos NO POS ante las EAPB, Soporte de códigos CUM , Soporte de factura compraventa material osteosíntesis para presentación de la factura ante cada EAPB | --Se Realiza Auditoria Técnica                                                                   | --Medios Magnéticos |
| 4 | apoyar procesos de contingencia del proceso financiero que involucran al área de facturación para empresas en liquidación con presentación de acreencias, reconstrucción de facturas ya presentadas que se requieren reconstruir para proceso de conciliaciones de cartera, apoyar el proceso de respuesta a devolución y/o glosa por razones inherentes al proceso de facturación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | --Se Da Respuesta Oportuna a los Requerimiento de Glosa Y cartera                                | --Medios Magnéticos |
| 5 | Realizar los procesos de auditoria y cruces en base de datos para la auditoria de la cuenta de Capital Salud y FFDS, apoyando de igual manera el proceso de soporte y conciliación de glosas para dichos pagadores                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ---Verificar mediante archivo plano cuanto cobra Capital Salud Fondo Financiero                  | -----Facturas       |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                 |                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 6 | Seguimiento al cierre oportuno de ingresos tanto de servicios ambulatorios como de urgencias y hospitalización, realización de anulación de facturas y seguimiento a la corrección de las mismas al igual que generación de informe mensual de la anulación de facturas, auditoria a las cuentas de servicios tercerizados en pro de velar por el cobro correcto de los servicios y garantizar el cargue de dichas actividades en las cuentas de los usuarios, validación y seguimiento a las novedades reportadas por tesorería, realizando retroalimentación de los hallazgos y capacitaciones que propendan por la mejora en el proceso de facturación | ---Se Apoya al Proceso Administrativo de Facturación Tanto en Historia clínica Y Bases de Datos | --Medios Magnéticos |
| 7 | Generar las respectivas relaciones de envió en la cual se asocian las facturas para el cobro a los diferentes pagadores, al igual que la solicitud de RIPS y radicación de cuentas a los diferentes pagadores y de ser necesario apoyar el proceso de facturación de los diferentes servicios                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ---Se entregaran las actividades al 100%                                                        | --Medios Magnéticos |
| 8 | 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 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                                                        | ---Se esta disponible para prestar apoyo a lo requerido.                                        | ---Disponibilidad   |
| 9 | Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | -                                                                                               | -                   |

| 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 |                     | \$ 1928316 |
| AÑO                                                     | MES              | AÑO           | MES | DÍA            | 89166117                                                        | -                          |                                                  |                     |            |
| 2025                                                    | AGOSTO           | 2025          | 09  | 25             |                                                                 |                            |                                                  |                     |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras |                  |               |     |                | UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL TRESCIENTOS DIECISEISPESOS |                            |                                                  |                     |            |
| Item                                                    |                  |               |     |                | Entidades Aportantes a Seguridad Social                         | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado      |            |
| Pensionado                                              |                  |               |     | NO             | PORVENIR                                                        | \$ 771326                  | \$ 123412                                        | \$ 227800           |            |
| Salud                                                   |                  |               |     |                | SÁNTITAS                                                        |                            | \$ 96416                                         | \$ 178000           |            |
| ARL                                                     |                  |               |     | 3              | SURA                                                            |                            | \$ 18790                                         | \$ 34700            |            |
| Caja de Compensación                                    |                  |               |     | NO             |                                                                 | Total                      | \$ 223854                                        | \$ 440500           |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                     |                  |               |     |                |                                                                 |                            |                                                  |                     |            |
| Entidad Bancaria                                        | BANCOLOMBIA S.A. |               |     | Tipo de Cuenta | AHORROS                                                         | Número de Cuenta           | 66937975717                                      |                     |            |
| HISTÓRICO                                               |                  |               |     |                |                                                                 |                            |                                                  |                     |            |
| OBSERVACIÓN                                             |                  |               |     |                | USUARIO                                                         |                            |                                                  | FECHA               |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                     |                  |               |     |                | ANDREA CAROLINA ROJAS SUAREZ                                    |                            |                                                  | 2025-09-25 14:17:30 |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                    |                  |               |     |                | JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS                                    |                            |                                                  | 2025-09-25 16:37:39 |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                   |                  |               |     |                | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                                  |                            |                                                  | 2025-09-29 15:17:41 |            |

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