VER INFORME DE ACTIVIDAD

Regresar

DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-10-01	**Hasta:**	2025-10-31		
Nombre del Contratista:	ENIBERT FRANCO GUTIERREZ		**Número de Documento:**	79566417		
Correo Electrónico:	enibert.franco.gutierrez@gmail.com		**Número telefónico:**	3106282729		
Nombre del supervisor:	EDWIN BAUTISTA GARCIA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	**Código - Grado:**	222-30	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	2445-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	59
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR - AUTORIZADOR SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	ADMINISTRATIVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Rubro Presupuestal	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	186	0	11836	2201496	100.0%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2201496**	**DOS MILLONES DOSCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-17		**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	8805984	1232

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	ENERO	1100748
2	FEBRERO	2201496
3	MARZO	2201496
4	ABRIL	2201496
5	MAYO	2201496
6	JUNIO	2201496
7	JULIO	2201496
8	AGOSTO	2201496
9	SEPTIEMBRE	2201496
10	OCTUBRE	2201496

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
16511220	**25317204**	**20914212**	**4402992**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	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.	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.	Realizar Verificación en Requerimientos
2	2. Generar del sistema de información los estadísticos de facturación requeridos para el soporte de facturas tanto físicas como magnéticas,	No Aplica para este Perfil de Soportes	No Aplica para este Perfil de Soportes
3	3. Realizar revisión de soportes de factura para proceder a la respectiva impresión de manera física o digital teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos para la radicación de cada EAPB,	Reportar al Área Respectiva los Requerimientos faltantes para poder Soportar las Facturas Correctamente y Radicar en las Entidades	Entrega de Soportes Completos.
4	4. Realizar el reporte de las inconsistencias evidenciadas al momento de realizar el soporte e impresión de los documentos anexos a la factura, garantizando se subsanen los mismos,	Entrega de Facturas a diario a los Técnicos , Gestión de Anulación y Reemplazo de las Facturas dentro de los Tiempos Establecidos.	-Soportar Facturas y Entregar en Fechas Establecidas.
5	5. Validar que cumpla con los requisitos de autorizaciones de no ser así solicitar el lleno de los requisitos,	-Entrega de las Facturas Solicitadas por las diferentes Áreas Solicitantes encargadas de pedir las Facturas Realizadas por el Servicio Prestado	-Entrega de Facturas
6	6. Realizar la entrega de facturas a la central de radicación para que puedan proceder a la radicación de facturas,	-Realizar Depuración de los Ingresos Aperturados Facturando y/o Presentando Soportes para la Depuración-	-Realizar el Cierre de 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 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,	-Entregar el Pago de Parafiscales en los Tiempos Estipulados.	-Realizar Cuenta de Cobro con los Soportes de Pago.
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	-Realizar Funciones Requeridas por el Supervisor	-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	2201496
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	94920370130	-		
2025	**SEPTIEMBRE**	**2025**	**10**	**16**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras		**DOS MILLONES DOSCIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEISPESOS**						

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	229200
Salud		SURA		177938	179100
ARL	3	SURA		34676	35000
Caja de Compensación	NO		**Total**	**440374**	443300
Tipo de pago		MES VENCIDO	1761757043 - Planilla Seguridad Social - 79566417		

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	455900061108

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur