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:**	2025-12-01	**Hasta:**	2025-12-31	
Nombre del Contratista:	JUAN CARLOS PARDO GUEVARA		**Número de Documento:**	1072720623	
Correo Electrónico:	jguevara0612@gmail.com		**Número Telefónico:**	3214874009	
Nombre del Supervisor:	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	**Cargo:**	DIRECTOR FINANCIERO	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2574-2025	**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**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2025-01-16		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2025-08-31
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-08-06	2025-12-31	1	$ 7385040	1232
2	2025-12-03	2026-01-12	2	$ 270785	1232

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	ENERO	$ 953901
2	FEBRERO	$ 1743690
3	MARZO	$ 1907802

© Siasur - 2026

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	ABRIL	$ 1907802
5	MAYO	$ 1825746
6	JUNIO	$ 1907802
7	JULIO	$ 1907802
8	AGOSTO	$ 1907802
9	SEPTIEMBRE	$ 2051400
10	OCTUBRE	$ 1907802
11	NOVIEMBRE	$ 1907802
12	DICIEMBRE	$ 1907802

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 14308515	**$ 21964340**	**$ 21837153**	**$ 127187**

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.	--ATENCION ASERTIVA	--NO QUEJAS - FACTURAS
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,	--Se realiza asignacion de citas y facturacion de acuerdo al turno programado en la sede asignada	-Se realiza asignacion de citas y facturacion de acuerdo al turno programado en la sede asignada
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	-Se realiza asignacion de citas y facturacion de acuerdo al turno programado en la sede asignada	-SEGUN REPORTE DE PRODUCTIVIDAD DINAMICA GERENCIAL.
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	-SE REALIZA ENTREGA DE DINERO Y CIERRES DE CAJA DIARIOS	-ENTREGA DE DINERO PRODUCTO DE COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS-RECIBOS DE CAJA.

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 A DIARIO A LOS TECNICOS, GESTION DE ANULACION Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	-ENVIO DE FACTURAS DE MANERA OPORTUNA
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	-REALIZAR EL CIERRE DE LOS CARGOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE	-CIERRE DE CARGOS AL 100%
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	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	--ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS
8	8. Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-----NO APLICA---	-----NO APLICA---

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	$ 1907802
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8639279492	-		
2026	**NOVIEMBRE**	**2025**	**12**	**11**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON NOVECIENTOS SIETE MIL OCHOCIENTOS DOSPESOS**			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PORVENIR	$ 763121	$ 122099	**$ 228700**
Salud		SÁNITAS		$ 95390	**$ 178700**
ARL	3	SURA		$ 18590	**$ 34900**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 221472**	**$ 442300**

INFORMACIÓN DE PAGO

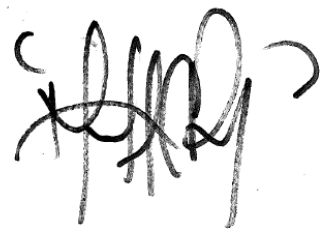
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488433857163

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JUAN CARLOS PARDO GUEVARA	2025-12-11 19:02:15
ACEPTADO SUPERVISIÓN	JORGE HERNANDO CABRERA ROJAS	2025-12-14 11:59:00
ACEPTADO CONTRATACIÓN	LUISA FERNANDA CORTERS SALGADO	2025-12-15 11:08:36
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2026-01-08 16:11:09

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