ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS — SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2022-03-01	**Hasta:**	2022-03-31	
Nombre del Contratista:	ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ		**Número de Documento:**	52441688	
Correo Electrónico:	rodriguezana772@gmail.com		**Número Telefónico:**	3004465773	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3297-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	471
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

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	8480	$1577280	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1577280**	**UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2022-02-01	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 1577280	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4731840	$ 4731840	$ 1577280	$ 3154560

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.	- SISTEMA DG, DE ACUERDO A INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y CONSULTA EN PAGINAS (ADRESS -COMPROBADOR DE DERECHOS - CONSULTA SISBEN)	- SISTEMA DG, DE ACUERDO A INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y CONSULTA EN PAGINAS (ADRESS - COMPROBADOR DE DERECHOS - CONSULTA SISBEN)
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,	-ASIGNACION DE CITAS MEDICAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD,FACTURAR CONSULTAS,PROCEDIMIENTOS,AYUDAS DX, TERAPIAS ETC	-AGENDAR CITAS DE ACUERDO A DISPONIBILIADAAD DE AGENDAS -REALIZAR LISTA EN ESPERA A PACIENTES - REALIZAR FACTURAS USUARIOS
3	Realizar cierre de caja de manera diario dando solución a las inconsistencias reportadas por dicha área,	-RECAUDOR LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS REALIZANDO ENTREGA A DIARIO A TESORERIA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS,CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACION.	-INGRESO A PACIENTE Y RECIBOS DE CAJA
4	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 ALOS TECNICOS,GESTION DE ANULACION Y REMMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS.	--SOPORTAR FACTURAS Y ENTREGAR EN FECHAS ESTABLECIDAS
5	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 LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACION	-REALIZAR EL CIERRE DE INGRESOS

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		**Fecha de Pago**			**Número de Planilla**	**Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior**		$ 1577280
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	8357353105			
2022	**FEBRERO**	**2022**	**03**	**19**				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTAPESOS**			
Item					**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado				NO	PROTECCIÓN	$ 1000000	$ 160000	**$ 160000**
Salud					FAMISANAR		$ 125000	**$ 125000**
ARL				1	SEGUROS BOLIVAR		$ 24360	**$ 24400**
Caja de Compensación				NO		**Total**	**$ 290220**	**$ 309400**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	RED MULTIBANCA COLPATRIA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4672012174

Ana H Rodriguez Martinez

ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ
52441688

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2022

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	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	-REALIZAR CUENTA DE COBRO CON LOS SOPORTES DE PAGO
7	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-REALIZAR FUNCIONES REQUERIDAS POR EL JEFE INMEDIATO	-CUMPLIR CON LAS ACTIVIDADES ENCOMENDADAS

Señor(es): ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ
Nit: CC 52441688
Dirección: calle 22 # 4 03
Teléfono: 3004465773 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ANA HERLINDA RODRIGUE
Tipo y número de identificación	52 [illegible]
Número de radicación planilla	8[illegible]53105
Fecha de pago	[illegible]2022
Número de autorización de pago	[illegible]000172
Banco	[illegible]
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Febrero 2022
Periodo cotización pensión	Febrero 2022
Periodo cotización caja	Febrero 2022
Número de administradoras	3
Total Pagado	$309.400
Total interes mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
[illegible]	ARL SURA	$24.400	1
[illegible]	Proteccion (INCL. Proteccion)	$160.000	1
EPS017	Famisanar EPS (afam Colsubsidio	$125.000	1

PROBADO

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

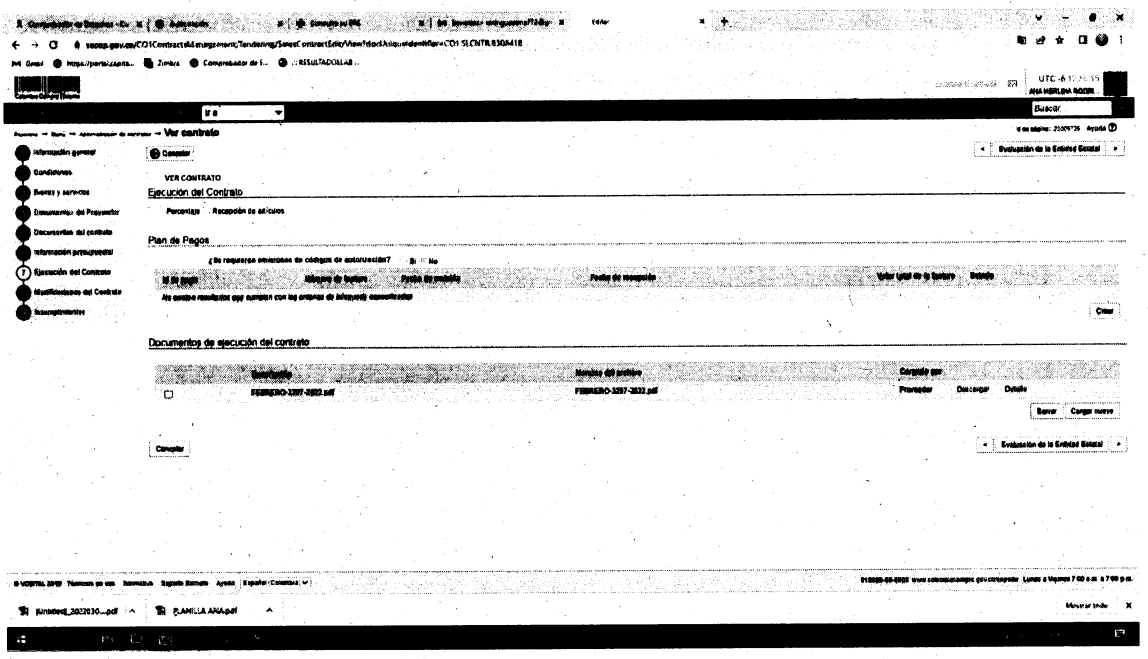
compensar | miplanilla.com

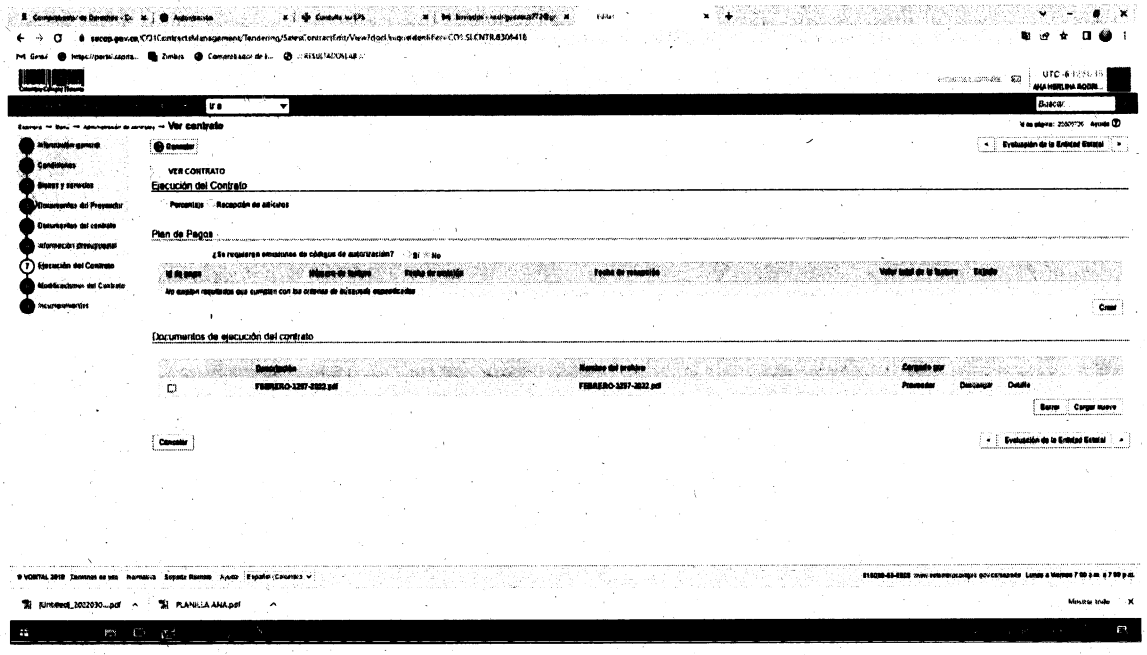
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALOR IBC					LIQUIDACION DE APORTES				
NL	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	IRG	PET	TDF	TAE	TUP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRF	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS			COTIC PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIC SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	52441668	RODRIGUEZ MARTINEZ ANA HERLINDA	EPS017	230201																				1.000.800	1.000.000	0	1.000.000	0		160.000	0	0	125.000	0

PROHIBIDO

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


Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proponente
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Seguimientos
Cancelar
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Nombre del archivo
Cargado por
Proveedor
Descargar
Detalle
FEBRERO-2287-2022.pdf
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal


Ver contrato
Ejecución del Contrato
Plan de Pagos
Documentos de ejecución del contrato
FEBRERO-3257-2022.pdf
FEBRERO-3257-2022.pdf
PLANILLA ANA.pdf

Bogotá D.C. MARZO- 07 de 2021

Ingeniero
JOHN ALEJANDRO JARAMILLO SANTA
Director Financiero
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur ESE

Ref. Autorización de descuento de facturas por error en pagador

Cordial Saludo,

Por medio del presente me permito autorizar el descuento por valor de 20500 M/CTE, debido al error en pagador ya que el paciente estaba afiliado a la EAPB CAPITAL CONTRIBUTIVO para la fecha de la atención y por error lo facture a otro pagador, se realizó el trámite ante la EAPB quienes no autorizaron los servicios, razón por la cual la Subred no pudo realizar el cobro ante el pagador.

Solicito respetuosamente me sean descontados de mis honorarios del mes de MARZO :

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
2376166		03/01/2022	- 20500	ERROR EN EL PAGADOR
		TOTAL	20500	

Sin otro Particular,

Ana Herlinda Rodriguez Martinez

NOMBRE: ANA HERLINDA RODRIGUEZ MARTINEZ
DOCUMENTO: 52441688
DIRECCION: CALLE 22 D SUR 03 – 04
TELEFONO: 3004465773
CORREO:RODRIGUEZNA772@GAMIL.COM

C.C. Ingeniera Luz Analida Páez Parra – Referente de Facturación