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:**	2022-04-01	**Hasta:**	2022-04-30	
Nombre del Contratista:	DILIA BEDOYA OCAMPO		**Número de Documento:**	52858791	
Correo Electrónico:	DILIABEDOYA@HOTMAIL.COM		**Número Telefónico:**	3173754866	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3432-2022	**Año Contrato:**	2022	**CDP Contrato Inicial:**	472
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	$3863000	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3863000**	**TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2022-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2022-04-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2022-04-01	2022-07-31	1	$ 7726000	1096
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		FEBRERO		$ 3863000	
2		MARZO		$ 3863000	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO

$ 11589000	**$ 19315000**	**$ 7726000**	**$ 11589000**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		**ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN**	**PRODUCTO O EVIDENCIA**
1	Realizar seguimiento a la generación efectiva en el sistema de información de los informes requeridos para el proceso de solicitud de autorizaciones con los diferentes pagadores, velando porque los autorizadores encargados de dicho proceso realicen los reportes en los tiempos establecidos en la normatividad vigente	-Velar porque los colaboradores realicen la totalidad de envíos a la EAPB, dando cumplimiento a lo establecido en la noema, así mismo velar porque se realicen las notas de la trazabilidad realizada en las hojas de ruta, solicitar a los servicios evolución en caso que ya pasado el mediodía no este evolucionado el usuario, realizar seguimiento a usuarios particulares, validar usuarios que ingresan remitidos sin soportes	-Recolección de información de las distintas EAPB Y diferentes áreas
2	Realizar auditoria aleatoria para verificación de la generación de anexos técnicos 3 que no fueron generados por el profesional de la salud y que debieron ser generados por parte del autorizador, al igual que generar auditoria al correcto diligenciamiento de la hoja de ruta, validando que se adjunten todos los soportes a requerimientos para de esta manera disminuir las glosas y devoluciones	-Solicitar a los diferentes servicios asistenciales y retroalimentar cuando no realizan orden medica de solicitud de procedimientos y/o anexo técnico tres; cuando los colaboradores no realizan notas en hoja de ruta de la trazabilidad realizada antes las di EPS, se retroalimentan, así mismo cuando no realizan las notas de la trazabilidad realizada en la hoja de ruta	-Actas y correos a los diferentes actores involucrados en la misma
3	Realizar procesos de retroalimentación y capacitaciones con relación a la actualización de normatividad vigente y a las causales de glosas y devoluciones inherentes al trámite de autorizaciones,	-Se retroalimenta al personal de la central de autorizaciones sobre la actualizaciones de la normatividad legal vigente y/o nuevamente normas que establecen los entes controladores	-Actas y material físico para conocimiento
4	. Realizar comunicación permanente con las EAPB para garantizar los canales de comunicación que permitan generar las autorizaciones de servicios de los usuarios atendidos por la Subred, al igual que velar por el uso adecuado de las plataformas establecidas para el trámite de autorizaciones con los diferentes pagadores	-Realizar comunicación frecuentemente con las dientes EAPB cuando se encuentran autorizaciones pendientes, también se realizar seguimiento para evidenciar actualización de los directorios de las EPS,	-Correos y Autorizaciones, números de teléfonos
5	. Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturación como autorizadores y al equipo de trabajo social para el manejo y definición de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento.	-Trabajar de la mano con las áreas de trabajo social para tratar caso especiales de usuarios particulares, accidentes laborales, con observación y sin ARL , mora en EPS y usuarios remitidos sin definición de línea de pago	-Retroalimentación de la información
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 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,	-Dando cumplimiento a las actividades contractuales se realiza la entrega de parafiscales	-Entrega de para fiscales

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
7	Desarrollar las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato	-De acuerdo a las solicitudes realizadas por el supervisor se procede a dar cumplimiento y solución de forma inmediata a la misma, con fin de garantizar el apoyo	-Recolección de la información

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**	$ 3863000
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	58157563		
2022	**MARZO**	**2022**	**04**	**11**			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					**TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES MIL PESOS**		

Item		**Entidades Aportantes a Seguridad Social**	**Ingreso Base de Cotización**	**Valor Mínimo de los Aportes**	**Valor Aportado**
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1545200	$ 247232	**$ 247300**
Salud		SÁNITAS		$ 193150	**$ 193200**
ARL	1	SURA		$ 8066	**$ 8100**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 448448**	**$ 448600**

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	**Tipo de Cuenta**	AHORROS	**Número de Cuenta**	4870306307

DILIA BEDOYA OCAMPO
52858791

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO-3432-2022.pdf	FEBRERO-3432-2022.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-3432-2022 (1).pdf	MARZO-3432-2022 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52858791	DILIA BEDOYA OCAMPO	calle 65 sur 1 b 51 este	7428585	profesionalapoyo.auto@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-03	2022-03	I	11/04/2022	58157563	TOTAL A PAGAR	
					$448.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	193.200	0		0		0	0	0	0	193.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	247.300	0	0	0	0	0	0		247.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.100				8.100	0	0	8.100			81	8.100	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	193.200	193.200
Pensión	1	247.300	247.300
Riesgos Laborales	1	8.100	8.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	448.600	448.600

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52858791	DILIA BEDOYA OCAMPO	calle 65 sur 1 b 51 este	7428585	profesionalapoyo.auto@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2022-03	2022-03	I	11/04/2022	58157563	$448.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52858791	BEDOYA OCAMPO DILIA	57	0			N																	231001	1.545.200	247.300	0	0	0	0	EPS005	1.545.200	193.200	14-11	1.545.200	1	8.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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