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:**	2023-08-01	**Hasta:**	2023-08-31	
Nombre del Contratista:	ADRIANA CASTILLO NIÑO		**Número de Documento:**	52747848	
Correo Electrónico:	adricasni525@gmail.com		**Número Telefónico:**	3163352949	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3046-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	515
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
R23SA	DIRECCIÓN FINANCIERA	ADMINISTRATIVA	$4056200	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 4056200**	**CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS**		

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato		2023-02-01		**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2023-06-30
No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2023-06-01	2023-08-31	1	$ 4056200	1865
2	2023-08-01	2023-09-30	2	$ 4056200	2517

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 4056200
2	MARZO	$ 4056200
3	ABRIL	$ 4056200

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
4	MAYO	$ 4056200
5	JUNIO	$ 4056200
6	JULIO	$ 4056200

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 20281000	**$ 28393400**	**$ 24337200**	**$ 4056200**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Hacer seguimiento diario a la gestion de cierre y facturacion de ingresos, retroalimentando las debilidades tanto administrativas como asistenciales que se encuentren, buscando que los servicios prestados queden facturados de manera adecuada y no se generen reprocesos y-o objeciones por mala identificacion de linea de pago,	-1. Hacer seguimiento diario a la gestion de cierre y facturacion de ingresos, retroalimentando las debilidades tanto administrativas como asistenciales que se encuentren, buscando que los servicios prestados queden facturados de manera adecuada y no se generen reprocesos y-o objeciones por mala identificacion de linea de pago,	-Cierre de ingresos abiertos
2	2. Verificar que los auxiliares de facturacion realicen el cierre efectivo de los ingresos, los cuales deben contar con la auditoria tecnica en linea establecida, velando porque se reporten todos los egresos generados a la central de revision para velar por la auditoria de cuentas, al igual que garantizar que se realice correccion a las objeciones generadas por los revisores de cuentas,	2. Verificar que los auxiliares de facturacion realicen el cierre efectivo de los ingresos, los cuales deben contar con la auditoria tecnica en linea establecida.	-Generación de facturas sistema de informacion
3	3. Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturacion como al equipo de trabajo social para el manejo y definicion de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento,	-3. Apoyar tanto a equipo de auxiliares de facturacion como al equipo de trabajo social para el manejo y definicion de pagador en los casos que los pacientes tengan dificultades con su aseguramiento,	-definicion de pagadores
4	4. Realizar monitoreo semanal al censo hospitalario Vs ordenes de salida generadas por los Auxiliares de Facturacion, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidacion en la central de facturacion y central de revision, velando por el cierre de ingresos dentro del mes de la prestacion del servicio, dando respuesta de igual manera a los reportes realizados de inconsistencias o ingresos pendientes por subsanar remitidos por la central de revision,	-4. Realizar monitoreo semanal al censo hospitalario Vs ordenes de salida generadas por los Auxiliares de Facturacion, ingresos abiertos, ordenes de salida sin facturar, cuentas reportadas para liquidacion en la central de facturacion y central de revision, velando por el cierre de ingresos dentro del mes de la prestacion del servicio, dando respuesta de igual manera a los reportes realizados de inconsistencias o ingresos pendientes por subsanar remitidos por la central de revision,	-Reporte ingresos abiertos informde de devolucion reporte de ausencia de soportes
5	5. Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturacion.	-. Asistir a las reuniones programadas por las diferentes direcciones de la Subred Sur y retroalimentar a todos los integrantes del proceso de facturacion.	--listado de asistencias a reuniones

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
6	6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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,	-6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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,6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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,	-6. Presentar aporte de parafiscales dentro de los dias 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 debera dejar al dia el 100% de las actividades contratadas asi 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,
7	7. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	--Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.

© Siasur - 2023

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	$ 4056200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	70245857		
2023	JULIO	2023	08	22			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					CUATRO MILLONES CINCUENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS PESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	PROTECCIÓN	$ 1622480	$ 259597	$ 262900
Salud		FAMISANAR		$ 202810	$ 205500
ARL	3	SURA		$ 39524	$ 40100
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	Total	$ 470876	$ 508500

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66950336553

ADRIANA CASTILLO NIÑO
52747848

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

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	52747848	ADRIANA CASTILLO NIÑO		CRA 5D BIS B No49 D 05 SUR	7142590	ADRICASNI525@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
2023-07	2023-07	I	22/08/2023	70245857	$541.500

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	202.900	0		0		0	11	2.600	0	205.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	259.600	0	0	0	0	11	3.300	0	262.900	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	890903790-6	39.600				39.600	11	500	40.100			396	40.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.500	11	500	33.000	1

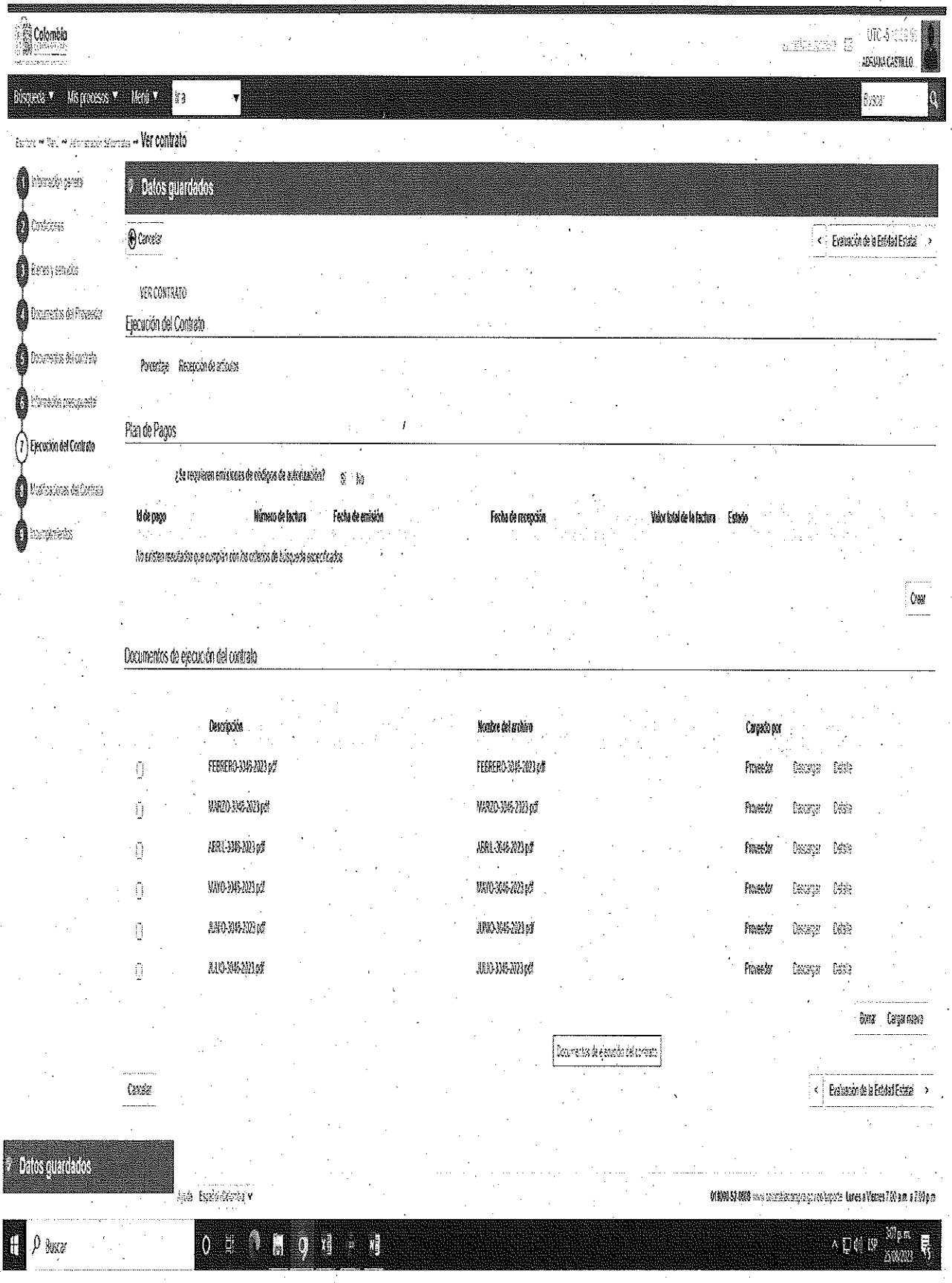
TOTALES PARAFISCALES

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	202.900	205.500
Pensión	1	259.600	262.900
Riesgos Laborales	1	39.600	40.100
CCF	1	32.500	33.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	534.600	541.500

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


Colombia
Buscador
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar
Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información complementaria
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Proveedor
Plan de Pagos
¿Se requieren entregables de múltiples de autorización?
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-3045-2023.pdf
MARZO-3045-2023.pdf
ABRIL-3045-2023.pdf
MAYO-3045-2023.pdf
JUNIO-3045-2023.pdf
JULIO-3045-2023.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
Cargar nuevo
Documentos de ejecución del contrato
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Datos guardados
Ayuda
Español (Colombia)
Buscar

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	52747848	ADRIANA CASTILLO NIÑO		CRA 5D BIS B No49 D 05 SUR	7142590	ADRICASNI525@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-07	I	22/08/2023	70245857	$541.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjera	IRD	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
CC	52747848	CASTILLO NIÑO ADRIANA	59	0			N																	230201	1.622.480	259.600	0	0	0	0	EPS017	1.622.480	202.900	14-11	1.622.480	3	39.600	CCF24	1.622.480	32.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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