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	SIAGUS

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2023-08-01	**Hasta:**	2023-08-31	
Nombre del Contratista:	MAGALY SUAREZ VENEGAS		**Número de Documento:**	52529574	
Correo Electrónico:	maga_8001@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3192631334	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3000-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	516
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - FACTURADOR SERVICIOS AMBULATORIOS O AREAS ADMINISTRATIVAS				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS JERUSALEN				

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	9158	$1703388	100%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1703388**	**UN MILLON SETECIENTOS TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS**					

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	$ 2545552	1864
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 91580	2165
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 1703388	2516
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO		
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 2472660
3	ABRIL	$ 1703388
4	MAYO	$ 1703388
5	JUNIO	$ 1776652
6	JULIO	$ 1794968

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8517312	**$ 12857832**	**$ 11154444**	**$ 1703388**

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 institucion dejando registro en el sistema de informacion DGH o en su defecto realizar actualizacion constante de toda la informacion relevante a la identificacion y georreferenciacion de estos , realizar verificacion de derechos en las bases de datos (ADRES, DNP, Comprobador de Derechos y Bases de Datos de acuerdo a la modalidad de contratacion) identificando el pagador correspondiente de forma adecuada y oportuna.	-ASIGNACIÓN DE CITAS MEDICAS DE ACUERDO A LA OPORTUNIDAD,FACTURAR LAS CONSULTAS,PROCEDIMIENTOS,AYUDAS DX, TERAPIAS ETC	-NO QUEJAS-FACTURA
2	2. Asignar citas de acuerdo a la oportunidad de las agendas, facturar consultas, apoyo diagnostico, rehabilitacion 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 contratacion de la institucion, recaudando los copagos para los usuarios que asi lo ameriten,	-RECAUDO DE LOS COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS REALIZANDO ENTREGA A DIARIO A TESORERÍA Y/O DE ACUERDO A LOS RECORRIDOS, CREAR LOS USUARIOS CORRECTAMENTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN.	-INGRESO A PACIENTES Y RECIBOS DE CAJA
3	3. Realizar la facturacion efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	-ENTREGA DE FACTURAS A DIARIO A LOS TÉCNICOS, GESTIÓN DE ANULACIÓN Y REMPLAZO DE LAS FACTURAS DENTRO DE LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	-FACTURA Y FORMATO

© Siasur - 2023

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solucion a las inconsistencias reportadas por dicha area,	-REALIZAR LOS CARGOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ACUERDO A LO AUTORIZADO POR LAS EPS O SOLICITUD MEDICA	-FACTURA Y RECIBOS
5	5. Entrega de facturas a diario garantizando el soporte de las mismas, realizando la correccion de las facturas en un plazo no mayor a 24 horas posteriores a la devolucion y-o anulacion, al igual que la correccion de las inconsistencias reportadas para lo facturado a Capital Salud y FFDS	-REALIZAR LA DEPURACIÓN DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACIÓN	-REPORTE DE FACTURAS
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	-ENTREGANDO EL PAGO DE LOS PARAFISCALES EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	-SE ENTREGA RECIBO DE PAGO PARAFISCAL
7	7. 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 desempeño laboral, siendo esto pre-requisito para firma de paz y salvo institucional y pago correspondiente por el tiempo trabajo faltante por certificar	-ATENCIÓN AL USUARIO, FACTURACIÓN ASIGNACIÓN DE CITAS, DEMANDA INDUCIDA	-ATENCIÓN AL USUARIO, FACTURACIÓN, ENTRE OTROS
8	8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	-SERVICIOS PRESTADOS POR REQUERIMIENTO DIRECTO DE LA JEFE	-FACTURAS Y AGENDAMIENTO

© 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		$ 1794968
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	69852436			
2023	JULIO	2023	08	26				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y OCHOPESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	PORVENIR	$ 1160000	$ 185600	$ 187900
Salud					COMPENSAR		$ 145000	$ 146800
ARL				3	SURA		$ 28258	$ 28700
Caja de Compensación				NO		Total	$ 336655	$ 363400

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	23766500145

MAGALY SUAREZ VENEGAS
52529574

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

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

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-3000-2023 MAGA.pdf	FEBRERO-3000-2023 MAGA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-3000-2023.pdf	MARZO-3000-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-3000-2023 MAGALY SUAREZ.pdf	ABRIL-3000-2023 MAGALY SUAREZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-3000-2023.pdf	MAYO-3000-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-3000-2023.pdf	JUNIO-3000-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-3000-2023.pdf	JULIO-3000-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MAGALY SUAREZ VENEGAS	**NIT:**	52529574
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	julio 2023
Sucursal o Dependencia:	Bogota	**Periodo liquidación Salud:**	julio 2023
Número de Radicación:	69852436	**Total a pagar:**	$386,900
Fecha de vencimiento:	17/08/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	28/08/2023	**Número de Administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	123127919
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$28,700
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$187,900
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$23,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$146,800
						$386,900

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 69852436, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Bogotá D.C., **Agosto 10 de 2023**

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

Ref. Autorización de descuento de facturas

Cordial Saludo,

Por medio del presente me permito autorizar el descuento por valor de **$ 293.900 M/CTE**, debido a que el paciente estaba afiliado a la **FAMISANAR EPS**, para la fecha de la atención, se realizó el trámite ante la EPS 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 **AGOSTO – SEPTIEMBRE – OCTUBRE Y NOVIEMBRE**

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
8722430		10/08/2023	293.900	No hay autorización
Total			**293.900**	

Sin otro Particular,

NOMBRE: MAGALY SUAREZ VANEGAS
DOCUMENTO: 52529574
DIRECCION: CALLE 17SUR 39-55
TELEFONO: 3192631334
CORREO: maga_8001@hotmail.com
C.C. Ingeniera Luz Analida Páez Parra – Referente de Facturación