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:**	2023-10-01	**Hasta:**	2023-10-31	
Nombre del Contratista:	DIANA MARCELA CAMELO OIDOR		**Número de Documento:**	53135039	
Correo Electrónico:	camelooidordiana@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3148220855	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	2942-2023	**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 NUEVO MUZU				

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	36	9158	$2033076	119.3%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 2033076**	**DOS MILLONES TREINTA Y TRES MIL SETENTA Y SEISPESOS**					

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	$ 1666384	1864
2	2023-08-01	2023-09-30	2	$ 1923180	2516
3	2023-09-01	2023-10-31	3	$ 2161288	2844

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

4	2023-10-01	2023-11-30	4	$ 2033076	3218

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 1703388
2	MARZO	$ 1630124
3	ABRIL	$ 1703388
4	MAYO	$ 1703388
5	JUNIO	$ 1740020
6	JULIO	$ 1703388
7	AGOSTO	$ 1923180
8	SEPTIEMBRE	$ 2161288

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8517312	$ 16301240	$ 14268164	$ 2033076

	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	--SISTEMA DG, DE ACUERDO A INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL USUARIO Y CONSULTA EN PAGINAS (ADRESS -COMPROBADOR DE DERECHOS - CONSULTA SISBEN)	--REALIZA VERIFICACION DIARIA EN PAGINAS , ACTULIZACION INFORMACION A DIARIO DE DATOS BASICOS DEL PACIENTE
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,	-N/A	-N/A

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
3	3. Realizar la facturacion efectiva de todos los servicios ambulatorios requeridos (Citas, apoyos diagnosticos farmacia, procedimientos etc.) que requieran los usuarios	--REALIZAR LA FACTURA DE ACUERDO AL SERVICIO REQUERIDA Y PLAN DE BENEFECIOS DEL USUARIO.	--FACTURAS DIARIAS
4	4. Realizar cierre de caja de manera diario dando solucion a las inconsistencias reportadas por dicha area,	-N/A	-N/A
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	--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
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 LA DEPURACION DE LOS INGRESOS APERTURADOS FACTURANDO Y/O PRESENTA SOPORTE PARA LA DEPURACION	--CIERRE DE INGRESOS - DAR RESPUESTA A LAS INCOSNISTENCIAS REPORTADAS POR PARTE DE LOS TECNICOS
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	--REALIZAR EL PAGO DE PLANILLA EN LOS TIEMPOS ESTABLECIDOS	--SOPORTE DE PAGO
8	8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	--ESTAR AL DIA CON LAS ACTIVIADAES DIARIAS	--PAZ Y SALVO

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	$ 2161288
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4519288341		
2023	SEPTIEMBRE	2023	10	27			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CIENTOSESENTA Y UN MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y OCHOPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1160000	$ 185600	$ 185600
Salud		SURA		$ 145000	$ 145000
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28300
Caja de Compensación	NO		Total	$ 336655	$ 358900

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	4870347533

DIANA MARCELA CAMELO OIDOR
53135039

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Sancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	53135039
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			DIANA MARCELA CAVELO OIDOR
CIUDAD/MUNICIPIO	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CALLE 67 SUR # 81 B 81	TELEFONO:	4000055
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			45192883411	TIPO DE PLANILLA:	INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	septiembre AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			17		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/10/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	99936366609

TOTAL APORTES A PENSION

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
23001	23001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.300	$ 0	$ 185.600	$ 3.300	$ 188.900
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 3.300	$ 188.900

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS010	EPS010-SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 145.000	$ 2.600	$ 0	$ 147.600
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 2.600	$ 0	$ 147.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ -	$ 28.300	$ 28.300	$ 500	$ 0	$ 28.800
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 500	$ 0	$ 28.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	NOVEDADES: INTEGRAL	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES: CCF IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 53135039	CAVELO OIDOR DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.160.000				NO										23001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS010-SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	$ 145.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.160.000	$ 53135039	$ 28.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 365.300

Pagado

Homepage

UTC -5 12:25:03
DIANA MARCELA CAN...

Buscar...

Ir a

Ver contrato

- Modificación del contrato
- Información general
- Cronograma
- Bienes y servicios
- Documentos del Proveedor
- Documentos del contrato
- Información presupuestal
- 8 **Ejecución del Contrato**
- Modificaciones del Contrato
- 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? Si 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

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	FEBRERO-2942-2023.pdf	FEBRERO-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-2942-2023.pdf	MARZO-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-2942-2023.pdf	ABRIL-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	INFORME ABRIL DIANA.pdf	INFORME ABRIL DIANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-2942-2023.pdf	MAYO-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-2942-2023.pdf	JUNIO-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-2942-2023.pdf	JULIO-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-2942-2023.pdf	AGOSTO-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-2942-2023.pdf	SEPTIEMBRE-2942-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

Bogotá D.C., **Septiembre 21 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 **$ 102.700 M/CTE**, debido a que el paciente estaba afiliado a la **SANITAS EPS Y SALUD TOTAL** , 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 **SEPTIEMBRE Y OCTUBRE**

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
8716115		04/08/2023	46.400	No hay autorización
8748582		31/08/2022	56.300	No hay autorización
Total			**102.700**	

Sin otro Particular,

NOMBRE: DIANA MARCELA CAMELO OIDOR
DOCUMENTO: 53135039
DIRECCION:
TELEFONO: 3148220855
CORREO: camelooidordiana@hotmail.com
C.C. Ingeniera Luz Analida Páez Porra – Referente de Facturación

Bogotá D.C., Octubre 27 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 $ 34.900 M/CTE, debido a que el paciente estaba afiliado a la SIN SOPORTES AFILIACION, 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 OCTUBRE.

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
0000000526167 2		27/10/2023	34.900	SIN SOPORTES AFILIACION
Total			34.900	

Sin otro Particular,

NOMBRE: CAMELO OIDOR DIANA MARCELA
DOCUMENTO: 53135039
DIRECCION: calle 76 b sur #85 09
TELEFONO: 314 8220855
CORREO: camelooidordiana@hotmail.com
C.C. Ingeniera Luz Analida Paez Parra – Referente de Facturación

Escaneado con CamScanner