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:**	2023-11-01	**Hasta:**	2023-11-30	
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	178	0	9158	$1630124	95.7%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 1630124**	**UN MILLON SEISCIENTOS TREINTA MIL CIENTOVEINTICUATROPESOS**					

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
5	2023-11-01	2024-01-31	5	$ 3406776	3654

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
9	OCTUBRE	$ 2033076

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8517312	$ 19708016	$ 16301240	$ 3406776

	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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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
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	$ 2033076
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	4524159965		
2023	OCTUBRE	2023	11	24			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES TREINTA Y TRES MIL SETENTA Y SEISPESOS		

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

DIANA MARCELA CAMELO OIDOR
53135039

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2023

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	53135039
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			DIANA MARCELA CAMELO OIDOR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 SUR # 91 B 51	TELEFONO:	4000055
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACION:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4524159965	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2023	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	octubre	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:			14				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/11/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9996721081

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CODIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 185.600	$ 2.600	$ 188.200
SUBTOTALES:										$ 185.600	$ 2.600	$ 188.200

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 145.000	$ 2.100	$ 0	$ 147.100
SUBTOTALES:													$ 145.000	$ 2.100	$ 0	$ 147.100

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CODIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 400	$ 0	$ 28.700
SUBTOTALES:									$ 28.300	$ 400	$ 0	$ 28.700

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																							SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES									
N°	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	ENTIDAD PAIS	IRL	IHG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 53135039	CAMILO DIDIER DIANA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.160.000																					231001-COLFONDOS	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	CIA 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	$ 364.000

Planilla Pagada

Información general
Condiciones
Bienes y ubicación
Documentos del Proveedor
Documentos del proceso
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Datos guardados

Cerrar

< 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

Crear

Documentos de ejecución del contrato

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

Borrar Cargar nuevo

Cerrar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Bogotá D.C., NOVIEMBRE 02 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 **$ 181.500 M/CTE**, debido a que el paciente estaba afiliado a la **NUEVA EPS- SANITAS- COMPENSAR- 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 **NOVIEMBRE Y DICIEMBRE.**

FACTURA	PAGARE	FECHA FACT	VALOR	MOTIVO
000008828799		01/11/2023	46.400	SIN AUTORIZACION/SANITAS
000008818165		25/10/2023	61.200	SIN AUTORIZACION/COMPENSAR
000008818196		25/10/2023	39.000	SIN AUTORIZACION/SALUD TOTAL
00000 8791536		03/10/2023	34.900	SIN AUTORIZACION/NUEVA EPS
Total			**181.500**	

Sin otro Particular,

Diana Marcela Camelo oidor 53135039

NOMBRE: CAMELO OIDOR DIANA MARCELA
DOCUMENTO: 53135039
DIRECCION: CALLE 76 B SUR NO 85 09
TELEFONO: 3148220855
CORREO: CAMELOOIDORDIANA@HOTMAIL.COM
C.C. Ingeniera Luz Analida Páez Parra – Referente de Facturación