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:**	2024-01-01	**Hasta:**	2024-01-31	
Nombre del Contratista:	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA		**Número de Documento:**	37626929	
Correo Electrónico:	diana_lhc@yahoo.com		**Número Telefónico:**	3173883887	
Nombre del Supervisor:	LUZ ANALIDA PAEZ PARRA	**Cargo:**	PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII	**Código - Grado:**	

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3025-2023	**Año Contrato:**	2023	**CDP Contrato Inicial:**	516
Perfil:	APOYO ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO - REVISOR DE CUENTAS DE FACTURACION				
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	63	12096	$3011904	133.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 3011904**	**TRES MILLONES ONCE MIL NOVECIENTOS CUATROPESOS**					

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	$ 4947264	1864
2	2023-07-01	2023-08-31	2	$ 749952	2165
3	2023-08-01	2023-09-30	3	$ 2395008	2516
4	2023-09-01	2023-10-31	4	$ 2249856	2844
5	2023-10-01	2023-11-30	5	$ 2249856	3218

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO					
6	2023-11-01	2024-01-31	6	$ 4499712	3654
7	2024-01-01	2024-01-31	7	$ 3011904	242

No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar
1	FEBRERO	$ 2249856
2	MARZO	$ 3120768
3	ABRIL	$ 2310336
4	MAYO	$ 2999808
5	JUNIO	$ 3120768
6	JULIO	$ 2999808
7	AGOSTO	$ 2540160
8	SEPTIEMBRE	$ 2249856
9	OCTUBRE	$ 2249856
10	NOVIEMBRE	$ 2249856
11	DICIEMBRE	$ 2249856

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 11249280	$ 31352832	$ 28340928	$ 3011904

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. Atender humanizada, respetuosa y solidariamente a los usuarios internos y externos, crear de forma completa los pacientes 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.	SE REALIZA REVISION DE PREFACTURAS ASIGNADAS A DIARIO	APLICATIVOS REVISION CORREO

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
2	2. Realizar verificacion permanente del correo institucional para proceder a realizar la auditoria de cuentas en linea, garantizando se le de prioridad a las cuentas con copago y accidentes de transito que deben ser generadas al momento del egreso del usuario,	SE REALIZA REVISION DEL CORREO EN CADA TURNO APARA DAR RESPUESTA INMEDIATA	RESPUESTAS EN EL CORREO DE CENTRAL DE REVISION
3	3. Realizar la revision de cuentas en linea validando el cobro adecuado de urgencias, estancias, medicamentos, procedimientos, insumos, tarifas acorde a lo establecido en la normatividad legal vigente y a la matriz de contratacion de la institucion, realizando las objeciones pertinentes reportandolas por correo electronico, para lo cual se debe realizar el seguimiento a la correccion de las mismas, revisar los casos de demora en lectura por sistema de los soportes de laboratorios, imagenologia, patologia, banco de sangre, consultas , radicados de medicamentos NO POS ante las EAPB, Soporte de codigos CUM , Soporte de factura compraventa material osteosintesis para presentacion de la factura ante cada EAPB,	SE REALIZA REVISION DE TODOS LOS CONCEPTOS COBRADOS Y SE HACE DEVOLUCION, CUANDO HAY ERRORES O FALTAN CONCEPTOS POR COBRAR Y SE DA AVAL DE FACTURACION CUANDO YA ESTA HECHA LA CORRECCION	RESPUESTAS EN EL CORREO DE CENTRAL DE REVISION
4	4.apoyar procesos de contingencia del proceso financiero que involucran al area de facturacion para empresas en liquidacion con presentacion de acreencias, reconstruccion de facturas ya presentadas que se requieren reconstruir para proceso de conciliaciones de cartera, apoyar el proceso de respuesta a devolucion y-o glosa por razones inherentes al proceso de facturacion,	SIEMPRE DISPUESTO A APOYAR CUALQUIER CONTINGENCIA	RECONSTRUCCION DE FACTURAS CUANDO SE PRESENTA LA CONTINGENCIA
5	5. Realizar los procesos de auditoria y cruces en base de datos para la auditoria de la cuenta de Capital Salud y FFDS, apoyando de igual manera el proceso de soporte y conciliacion de glosas para dichos pagadores,	SE REALIZA VERIFICACION EN CORREO DE INCONSISTENCIAS POR PARTE DEL PROCESO DE CAPITAL Y FFD PARA QUE SE EFECTUE LA CORRECCION	RESPUESTA POR EL CORREO AL PROCESO CAPITAL Y FFD DE LA CORRECCION DE LA INCONSISTENCIA
6	6. Seguimiento al cierre oportuno de ingresos tanto de servicios ambulatorios como de urgencias y hospitalizacion, realizacion de anulacion de facturas y seguimiento a la correccion de las mismas al igual que generacion de informe mensual de la anulacion de facturas, auditoria a las cuentas de servicios tercerizados en pro de velar por el cobro correcto de los servicios y garantizar el cargue de dichas actividades en las cuentas de los usuarios, validacion y seguimiento a las novedades reportadas por tesoreria, realizando retroalimentacion de los hallazgos y capacitaciones que propendan por la mejora en el proceso de facturacion	VERIFICACION DEL CIERRE DE CUENTAS QUE AUN NO SE HAN CORREGIDO PARA EL CIERRE OPORTUNO DENTRO DEL MES CORRESPONDIENTE Y VERIFICACION DE ANULACION CORRECCION DE INCONSISTENCIAS POR PARTE DE LOS DIFERENTES PROCESOS QUE NOS SOLICITAN	RESPUESTA POR CORREO A LOS PROCESOS QUE NOS SOLICITAN CORRECCION

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 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,	PRESENTACION DE LOS SOPORTES REQUERIDOS PARA LA CUENTA DE COBRO OPORTUNAMENTE SIN CREAR CONTRATIEMPOS	REALIZAR TODAS LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS QUE SE VAN PRESENTANDO DIA A DIA RESENTACION FISICA DE PAGO DE LOS PARAFISCALES
8	8. Desarrollar las demas actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato.	SIEMPRE DISPUESTO A DESARROLLAR CUALQUIER ACTIVIDAD SOLICITADA POR PARTE DEL REFERENTE DE FACTURACION	ACTIVIDADES CUMPLIDAS ANTE EL REFERENTE DE FACTURACION

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	$ 2249856
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	73489447		
2023	DICIEMBRE	2024	01	18			
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y SEISPESOS		

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	COLFONDOS	$ 1160000	$ 185600	$ 187000
Salud		COMPENSAR		$ 145000	$ 146100
ARL	3	SURA		$ 28258	$ 28600
Caja de Compensación	SI	COMPENSAR	**Total**	**$ 336655**	$ 361700

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	5170152549

DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA
37626929

LUZ ANALIDA PAEZ PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO VII

© Siasur - 2024

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	37626929	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA	Calle 4 Sur 19 B 106 T 6 Ap 302 Soach	6015163681	diana_thc@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

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	
2023-12	2023-12	I	18/01/2024	73489447	$385.100	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	8	1.100	0	146.100	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	185.600	0	0	0	0	8	1.400	0	187.000	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	830903790-5	28.300				28.300	8	300	28.600			283	28.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	8	200	23.400	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	145.000	146.100
Pensión	1	185.600	187.000
Riesgos Laborales	1	28.300	28.600
CCF	1	23.200	23.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	385.100

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	37626929	DIANA LUCIA HERNANDEZ CASTAÑEDA		Calle 4 Sur 19 B 106 T 6 Ap 302 Soach	6015163681	diana_lhc@yahoo.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Indsoendiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2023-12	2023-12	I	18/01/2024	73489447	$385.100	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. Exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AFP	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	37626929	HERNANDEZ CASTAÑEDA DIANA LUCIA	57	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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-3025-2023.pdf	FEBRERO-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-3025-2023.pdf	MARZO-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-3025-2023.pdf	ABRIL-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-3025-2023.pdf	MAYO-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-3025-2023.pdf	JUNIO-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO-3025-2023.pdf	JULIO-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO-3025-2023.pdf	AGOSTO-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE-3025-2023.pdf	SEPTIEMBRE-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE-3025-2023 (1).pdf	OCTUBRE-3025-2023 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE-3025-2023.pdf	NOVIEMBRE-3025-2023.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE-3025-2023 (1).pdf	DICIEMBRE-3025-2023 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

e.almeraim.com/survey?data=eyJhcGlrZXkiOiI1ZTIyMzg1OWRkOTY3OWExZDI3ZWJlZTc5YjYxZmY2YTY0MmViOWJlM2QzOTUxMWY2NDc5ZWQ1ZjdlOTA0...

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

FECHA DE REGISTRO

Pregunta requerida

TIPO DE DOCUMENTO

ENCUESTA PROCESO CONTRATACIÓN

Fecha de registro: 2024-01-18

N° Radicado: 257174

Aceptar

Pregunta requerida

NOMBRES COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

APELLIDOS COMPLETOS DEL CONTRATISTA

Pregunta requerida

FECHA DE EXPEDICION DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

FECHA DE NACIMIENTO