

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
DATOS DEL INFORME						
Periodo a Certificar:	Desde:	2024-03-01	Hasta:	2024-03-31		
Nombre Contratista:	del	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		Número de Documento:	1030614162	
Correo Electrónico:	katerinemv22@gmail.com			Número Telefónico:	3142238098	
Nombre Supervisor:	del	ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO	Cargo:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO	Código Grado:	-
DATOS DEL CONTRATO						
No. Contrato:	3362-2024	Año Contrato:	2024	CDP Contrato Inicial:	478	
Perfil:	PROFESIONAL ADMINISTRATIVO III					
Dirección a la que Pertenecer:	DIRECCIÓN FINANCIERA					
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU					
LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS						
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procentaje(%) Centro de Costos		
R25SA	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	2024-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial		2024-04-30		
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar				
1	MARZO	\$ 4056200				
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
\$ 12168600	\$ 12168600		\$ 4056200		\$ 8112400	
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA		

1	1 Realizar gestion de cobro de las diferentes entidades asignadas, de manera telefonica, mediante visitas, correos electronicos y a traves de circularizacion, realizar visitas periodicas a las empresas asignadas, cruces contables, generacion y firma de actas de conciliacion contable de estados de cartera.	-Se realizan gestion de cobro de las entidades a cargo en el mes de marzo de 2024 *Capital Salud:Envio de acta de conciliacion firmada, se envia informacion del contrato de PGP y PYD, se asiste a reunion de seguimiento de contrato modalidad PYD, se valida base de datos reportada por el area de facturacion, se envian observaciones y detalle de facturas para validar, se solicita informacion de facturas en estado de Glosa y devueltas, se valida y se realiza respuesta a certificacion emitida por la EPS, se envia base para cruce, se realiza y se envia oficio a la entidad referente a actualizacion de correos, se envia oficio de respuesta a la EPS, se envia estado de cartera para validacion de servicios de APH, Se da respuesta a la entidad. *Secretaria Tolima: Se valida cruce y se envian validaciones a la entidad.	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
2	2. Unificar, consolidar y custodiar las facturas o relaciones de envio que componen los saldos que registra cada empresa responsable de pago en la cartera de la subred sur.	-Se consolidan radicados de la entidad Capital salud para respuesta de certificacion de radicación	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
3	3 Dar cumplimiento a las metas del recaudo asignado.	-Capital Salud:\$18.216.203.011 - Alcaldias: \$15.135.993	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
4	4 Realizar gestion continua de depuracion y saneamiento de la cartera de las empresas asignadas para su cobro.	-Capital Salud: Se realiza validacion de cruce para liquidacion de contrato	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
5	5. Presentar los informes requeridos en los tiempos estipulados, sobre la gestion de cobro realizada, donde se identifiquen los ajustes a realizar.	- *Se envia informacion para agenda estrategica *Se realiza proyeccion de recaudo para el mes de abril 2024 *Se actualizan acuerdos de pago	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
6	6 Realizar seguimiento al tramite administrativo de respuesta a objeciones, reiteraciones y devoluciones, conciliaciones medicas y aceptaciones para la consecucion de pago por parte de las diferentes entidades responsables de pago.	Sec Tolima: Se valida cruce y se solicita cita para conciliacion de facturas	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
7	7. Elaborar y presentar documentos para cobro juridico y/o coactivo, conciliaciones extrajudiciales en derecho con Superintendencia de Salud y/o Procuraduria y dar cumplimiento a las demas actividades que requiera el referente del area.	--Unidad Adm Arauca: Se valida proceso cobro coactivo para inicio de proceso ejecutivo	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
8	8. Diligenciamiento base de datos de trazabilidad de facturas.	-Capital Salud: Se realiza trazabilidad de facturas para liquidacion de contratos	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024
9	9. Y demas actividades que sean asignadas.	-Se validan soportes de radicación para soporte con plan de trabajo para laEPS Capital Salud	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Marzo 2024

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	\$ 4056200
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	75435952	-		
2024	FEBRERO	2024	03	08				
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	\$ 259600
Salud					COMPENSAR		\$ 202810	\$ 202900
ARL				1	POSITIVA		\$ 8469	\$ 39600
Caja de Compensación				SI	COMPENSAR	Total	\$ 470876	\$ 502100

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	450670030326

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	2024-03-26 15:17:04
RECHAZADO SUPERVISOR	ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO	2024-03-26 16:06:16
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	2024-03-26 16:44:25
RECHAZADO SUPERVISOR	ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO	2024-03-26 17:43:40
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	2024-03-27 10:06:21
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO	2024-03-27 10:22:59
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-03-28 17:30:33
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA	CLAUDIA MARCELA CACERES POVEDA	2024-04-12 14:35:51

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	NIT:	1030614162
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	febrero 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	febrero 2024
Número de Radicación:	75435952	Total a pagar:	\$534,600
Fecha de vencimiento:	14/03/2024	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	08/03/2024	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:	502313012
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$39,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$259,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		\$0	\$32,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$202,900
						\$534,600

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-02	2024-02	I	08/03/2024	75435952	\$534.600
TOTAL A PAGAR					

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	202.900	0		0		0	0	0	0	202.900	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	0	0		259.600	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	39.600				39.600	0	0	39.600			396	39.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	32.500	0
						0	0
						32.500	

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	202.900
Pensión	1	259.600	259.600
Riesgos Laborales	1	39.600	39.600
CCF	1	32.500	32.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	534.600	534.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030614162	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		CRA 68B 93A 05	3051220	katerinemv22@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-02	2024-02	I	08/03/2024	75435952	TOTAL A PAGAR
					\$534.600

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES									
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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
1	CC	1030614162	MUÑOZ VELA JULIETH KATERINE	59	0			N																	230201	1.622.480	259.600	0	0	0	0	EPS008	1.622.480	202.900	14-23	1.622.480	3	39.600	CCF24	1.622.480	32.500	0	0	0	0	0

PAGADA



[Aumentar el contraste](#)



UTC -5 20:41:57

Katerine Muñoz



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 **Ejecución del Contrato**

8 Modificaciones del Contr...

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

9 Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción

Nombre del archivo

Cargado por

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>