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:**	2024-04-01	**Hasta:**	2024-04-30	
Nombre del Contratista:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		**Número de Documento:**	1030614162	
Correo Electrónico:	katerinemv22@gmail.com		**Número Telefónico:**	3142238098	
Nombre del Supervisor:	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 Pertenece:	DIRECCIÓN FINANCIERA				
Unidad de Servicios:	USS NUEVO MUZU				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Total	Procetaje(%) 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. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2024-04-01	2024-05-31	1	$ 0	0
No. Cuenta Según el Mes Certificado		**Mes Cuenta de Cobro**		**Valor a Pagar**	
1		MARZO		$ 4056200	
2		ABRIL		$ 4056200	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 12168600	**$ 12168600**	**$ 8112400**	**$ 4056200**

© Siasur - 2024

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 realizon gestion de cobro de de las entidades a cargo en el mes de abril de 2024 *Capital Salud: Se envia oficio de confirmacion de saldo de PYD, se asiste a reunion de seguimiento de contrato pgp, se solicita certificacion de facturacion PYD a la EPS, se realiza validacion de cruce de facturas para proceso de liquidacion, se envia detalle de facturas repotadas como devueltas, se envia informacion para certificacion de radicacion, se envian datos para programacion de capacitacion, se realiza y se envia certificacion de PYD, se da respuesta para oficio de control politico, se realiza analisis de facturas reportadas para conciliciacion de glosas, se envia informacion de inscripcion en adres, se envian facturas de aph para revision, se solicitan actas administrativas y se envian observaciones, se envia reconstruccion de facturas devueltas y no radicadas. *Secretaria Tolima: Se solicita revision de facturas en estado de cuentas medicas de la entida, se envian facturas devueltas y no radicadas para revision. *Unidad Adm Arauca: Se envia acta de reconocimiento de deuda para incio de proceso juridico *Secretaria Guajira: Se envia derecho de peticion para solicitud de cita de glosas, se solicita cita virtual	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 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 soportes de las facturas de la entidad Capital Salud	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 2024
3	3 Dar cumplimiento a las metas del recaudo asignado.	-Se obtiene recaudo de las entidades a cargo por valor de: *Capital Salud $18.497.010.931	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 2024
4	4 Realizar gestion continua de depuracion y saneamiento de la cartera de las empresas asignadas para su cobro.	-Sec Tolima: Se realiza revisión de facturas no radicadas para subsnacion	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 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 mayo 2024 *Se actualizan acuerdos de pago *Se realiza informe de deterioro	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 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.	-Capital Salud: Se revisa archivo notificado para conciliar corte marzo 2024.	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 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 envia acta para inicio de proceso juridico	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 2024
8	8. Diligenciamiento base de datos de trazabilidad de facturas.	-Se validan facturas de Capitaol Salud para proceso de onciliacion	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 2024
9	9. Y demas actividades que sean asignadas.	-Se realiza informe de las entidades en proceso jurisdiccional y cobro coactivo	-Carpeta compartida Gestión de Cobro Abril 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**	76211504	-		
2024	**MARZO**	**2024**	**04**	**09**				

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	2024-04-26 15:05:25
ACEPTADO SUPERVISIÓN	ADRIANA MARCELA VIZCAINO BEJARANO	2024-04-26 15:24:37
ACEPTADO CONTRATACIÓN	ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO	2024-04-29 21:21:55
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	2024-05-15 12:35:37

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	**NIT:**	1030614162
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	marzo 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	marzo 2024
Número de Radicación:	76211504	**Total a pagar:**	$534,600
Fecha de vencimiento:	12/04/2024	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/04/2024	**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:**	564876249
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.**

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	1030614162-0	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.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	09/04/2024	76211504	$534.600	

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	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.500	0	0	32.500	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	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

PAGADA

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	1030614162-0	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.		NO

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	
2024-03	2024-03	I	09/04/2024	76211504	$534.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	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
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

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 Contr…
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		
☐	Cuenta de Cobro Marzo 2024.pdf	Cuenta de Cobro Marzo 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >