



RE: REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN A CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS CONCILIATORIOS A DICIEMBRE 2024

Desde Julieth Katherine Muñoz <ejecutivocartera3@subredsur.gov.co>

Fecha Mié 05/02/2025 12:18

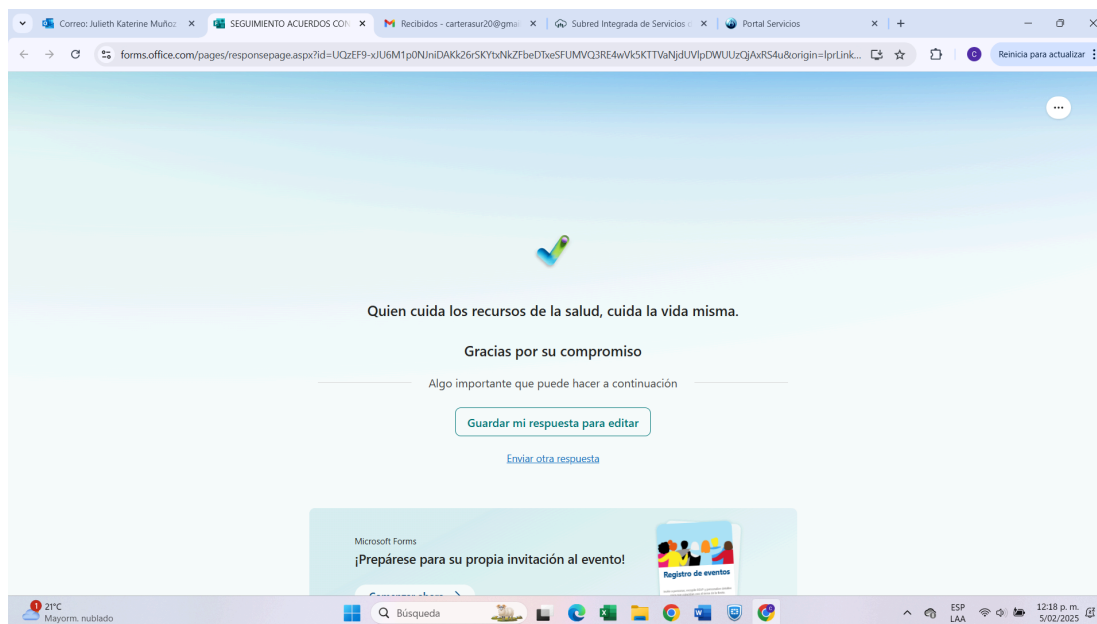
Para Marcela Vizcaino <lider.cartera@subredsur.gov.co>; Informes Cartera2 <informescartera2@gmail.com>

📎 1 archivo adjunto (172 KB)

Soporte -SEGUIMIENTO ACUERDOS CONCILIATORIOS DIRECCIÓN DE CONCILIACIÓN SUPERSALUD DICIEMBRE 2024.pdf;

Buen Dia,

Envío soporte de diligenciamiento de link de la Supersalud, referente a acuerdos en mesas, diligenciada con información de la entidad Capital salud.



Quedo atenta a sus comentarios.

Cordialmente,

KATERINE MUÑOZ

Área de Cartera

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

Conmutador (1) 7300 000 Ext. 26030 - 3142238098

De: Marcela Vizcaino <lider.cartera@subredsur.gov.co>

Enviado: sábado, 1 de febrero de 2025 18:39

Para: Dimas Manuel Ochoa <ejecutivocartera4@subredsur.gov.co>; Jose Ricardo Tamayo <ejecutivocartera1@subredsur.gov.co>; Diana Lizeth Rodriguez <ejecutivocartera5@subredsur.gov.co>; Julieth

Katherine Muñoz <ejecutivocartera3@subredsur.gov.co>; Oscar Eduardo Toro <ejecutivocartera2@subredsur.gov.co>; informescartera2@gmail.com <informescartera2@gmail.com>
Asunto: RV: REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN A CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS CONCILIATORIOS A DICIEMBRE 2024

Buenas tardes,

Requiero de su apoyo para responder este requerimiento, se que van a decirme que es de jurídica pero no hay memorias en Jurídica.

Ustedes acompañaron las sesiones durante 2024, de las sesiones radicadas por favor Dorita consolidar de las audiencias del año pasado, cuales fueron los compromisos y si los mismos se cumplieron o no.

Y proyectamos un oficio con el detalle.

Cordialmente,

Marcela Vizcaino Bejarano
Líder cartera y cuentas médicas
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

De: MERY PEÑA <juridica.cobro.coactivo@subredsur.gov.co>
Enviado: miércoles, 29 de enero de 2025 2:58 p. m.
Para: Marcela Vizcaino <lider.cartera@subredsur.gov.co>
Asunto: RV: REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN A CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS CONCILIATORIOS A DICIEMBRE 2024



MERY PEÑA PEÑA

Abogada Cobro Coactivo

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

 @subredsursalud

 @subredsursalud

 @SubRedSur

 Subred Sur

De: CONCILIACIONDERECHO <Conciliacionenderecho@supersalud.gov.co>

Enviado: miércoles, 29 de enero de 2025 10:20

Asunto: REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN A CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS CONCILIATORIOS A DICIEMBRE 2024

Cordial saludo Sr. Prestador

Dentro del trámite de seguimiento al cumplimiento de los acuerdos conciliatorios suscritos ante la Dirección de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud, corresponde poner en conocimiento

de la Delegatura de Investigaciones Administrativas de esta Superintendencia el presunto incumplimiento de los Acuerdos Conciliatorios suscritos, en aras al trámite administrativo sancionatorio a que haya lugar; por ello este despacho le solicita informar en el término de cinco (5) días hábiles a partir del recibo de la presente comunicación, respecto del estado de cumplimiento, información que deberá diligenciar teniendo en cuenta los siguientes parámetros incluidos en el formulario (Se remite link de acceso):

Fecha de información:

Con corte al vencimiento de las cuotas o del Acuerdo al 31 de diciembre de 2024.

Cabe aclarar que si usted tiene Acuerdos Conciliatorios que **ya terminaron y presentaron incumplimiento** en los meses anteriores, por favor incluirlos.

Por favor diligenciar la información **solo una vez por acuerdo suscrito**, para no generar duplicidad en los resultados.

1. NIT DEL CONVOCANTE (Número sin puntos ni dígito de verificación) DATO OBLIGATORIO
2. RAZON SOCIAL DEL CONVOCANTE (Nombre Completo del Prestador) DATO OBLIGATORIO
3. NUMERO DE ACUERDO CONCILIATORIO SUSCRITO (Número de **5 dígitos** que se encuentra en la parte superior del acta) DATO OBLIGATORIO
4. ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO (ERP) CON QUIEN SE SUSCRIBIÓ EL ACUERDO (Nombre Completo del Pagador con quien se realizó el acuerdo) DATO OBLIGATORIO
5. VALOR TOTAL DEL ACUERDO SUSCRITO. DATO OBLIGATORIO
6. VALOR DE LA CUOTA ACORDADA EN EL ACTA (Valor de la Cuota Periódica acordada) DATO OBLIGATORIO
7. VALOR PAGADO POR LA ERP DE ACUERDO AL ACTA SUSCRITA (Valor acordado y pagado al corte de la solicitud de información) DATO OBLIGATORIO
8. CUMPLIMIENTO DEL PAGO DE LAS CUOTAS ACORDADAS ENTRE LAS PARTE (Escoger una de las siguientes opciones) DATO OBLIGATORIO
 - * PAGO PARCIAL DE LA CUOTA ACORDADA
 - * PAGO TOTAL DE LA CUOTA ACORDADA
 - * INCUMPLIMIENTO DE LA CUOTA ACORDADA
 - * INCUMPLIMIENTO DEL ACUERDO SUSCRITO
 - * PAGO TOTAL DEL ACUERDO SUSCRITO
 - * PAGO PARCIAL DEL ACUERDO SUSCRITO

RECUERDE QUE NO ES NECESARIO RESPONDER ESTE CORREO NI ENVIAR COPIA DEL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMULARIO

Link de acceso al formulario de seguimiento:

<https://forms.office.com/r/Bqau7Wr1g6?origin=lprLink>

Atentamente,

**Grupo de Seguimiento**

conciliacionenderecho@supersalud.gov.co

Teléfono: (571) 744 2000 ext=17110

Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3 Bogotá, Colombia

www.supersalud.gov.co



Cuenta de Servicios

CONCILIACIONENDERECHO

Conciliacionenderecho@supersalud.gov.co

Teléfono: (571) 744 2000

Carrera 68a N.º 24b-10. Torre 3 Bogotá, Colombia

www.supersalud.gov.co

Nota: Las opiniones que contenga este mensaje son exclusivas de su autor y no necesariamente representan la opinión oficial de la Superintendencia Nacional de Salud o de sus autoridades. La información contenida en este e-mail es confidencial y sólo puede ser utilizada por el individuo o la compañía a la cual está dirigido. Si no es el receptor autorizado, cualquier retención, difusión, distribución o copia de este mensaje es prohibida y será sancionada por la ley. Si por error recibe este mensaje, favor reenviarlo a la Superintendencia Nacional de Salud y borrar el mensaje recibido inmediatamente.

Note: The opinions expressed in this message are solely those of the author and do not necessarily represent the official views of the Superintendencia Nacional de Salud or its authorities. The information contained in this email is confidential and can only be used by the individual or entity to which it is addressed. If you are not the authorized recipient, any retention, dissemination, distribution or copying of this message is prohibited and punishable by law. If you receive this message by mistake, please forward it to the Superintendencia Nacional de Salud and delete the received message immediately.