Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-50-02
		VERSIÓN: 2
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 30/10/2018

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN FINANCIERA					UNIDAD:			
No. DE CONTRATO: 2610-2022	Periodo certificado	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 1016003663		1	02	2022	28	02	2022

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JEIMI MARTINEZ OSORIO

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como apoyo profesional especializado en el proceso de Operación que la componen las area de Facturacion-Citas Médicas, Cartera, Glosas, Cuentas Médicas, Admisiones y Autorizaciones; dentro de los diferentes procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE. de acuerdo a las necesidades de la institución.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____

ACTIVIDADES CONTRATADAS	% EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema único de Habilitación, Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.	100%	Garantizar el cuidado, buen uso responsable de los equipos de computo.	Equipo de computo asignado en buen uso
2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	100%	2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	Trato humanizado tanto a cliente interno como externos.
3.Apoyo integral a la Dirección Financiera en las areas que componen el proceso de Operación (Facturacion-Citas Médicas, Cartera, Glosas, Cuentas Médicas, Admisiones y Autorizaciones).	100%	*Participar en las reuniones de ajuste al proceso ciclo del ingreso organizadas por el área de sistemas y Desarrollo Institucional. *Realizar seguimiento al proceso de radicación oportuno. *Brindar apoyo al área de facturación en la consecución y entrega oportuna de correos, oficios internos y externos, respuesta y calidad a PQRS, gestiones oportunas de RIPS, radicación semanal desde cada una de las unidades, etc. *Trámite d requerimientos para la contratación de taLento humano requerido para las areas de operaciones -Dirección Financiera. *Revisión y tramite de horas adicionales avaladas para el área de adimisiones y fcaturación. *Realizar reunión de seguimiento al proceso de ciclo del ingreso.	Actas de reunión Correo electronico
4. Apoyo en la consolidación, desarrollo, seguimiento, alcances, respuestas de informes y planes de mejoramiento que se requieran por la Dirección Financiera en las areas que componen el proceso de Operación (Facturacion-Citas Médicas, Cartera, Glosas, Cuentas Médicas, Admisiones y Autorizaciones).	100%	Realización de gestión de correos de acuerdo a directricez de la Directora Financiera.	Oficios, correos y Orfeo.
5. Apoyo en consolidación, desarrollo, seguimiento, alcances, respuestas de requerimientos, solicitudes, Derechos de Peticion, y demas que se requieran interna y externamente para la Dirección Financiera en las areas que componen el proceso de Operación (Facturacion-Citas Médicas, Cartera, Glosas, Cuentas Médicas, Admisiones y Autorizaciones).	100%	Revisión de las respuestas a requerimientos remitidos al área de facturación, validando criterios de calidad y oportunidad, en específico segumiento a PQRS.	Correos electrónicos.
6. Apoyo en el desarrollo de estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	100%	Seguimiento al cumplimiento de tareas correspondientes a la dirección financiera. Seguimiento diario a la gestión oportuna de respuesta a PQRS respcto a los procesos de facturación, admisiones y autorizaciones.	Correos electrónicos acta de reunión.

7. Hacer el seguimiento de las tareas y demas actividades en las areas que componen el proceso de Operación (Facturacion-Citas Médicas, Cartera, Glosas, Cuentas Médicas, Admisiones y Autorizaciones).	100%	*Participación y construcción del plan de mejoramiento de la mesa analítica de facturación.	Correos electronicos. Plan de mejoramiento.
8. Presentar informe mensual sobre el cumplimiento del objeto contractual al supervisor del contrato.	100%	Presentación de informe de actividades	Informe de actividades
9. Las demás actividades asignadas.	100%	Las asignadas por la Directta Financiera	tramites realizados a traves del correo electronico.
TOTAL DE EJECUCIÓN:			

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): M/CTE ($) 5,446,824 CINCO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOSVEINTICUATRO MIL PESOS

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CC: 1016003668

Fecha: 28 / 02 / 2022

Firma de recibido supervisor:

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

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	1016003663	JEIMI MARTINEZ OSORIO	KRA 111 B N 64 24	4331040	jeimartinezosorio@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	
2021-01	2021-01	I	15/02/2021	48615145	$591.700	

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	239.100	0		0		0	0	0	0	239.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	306.000	0	0	0	0	0	0		306.000	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	890903790-5	46.600				46.600	0	0	46.600			466	46.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	239.100	239.100
Pensión	1	306.000	306.000
Riesgos Laborales	1	46.600	46.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	591.700	591.700

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	1016003663	JEIMI MARTINEZ OSORIO		KRA 111 B N 64 24	4331040	jeimartinezosorio@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	
2021-01	2021-01	I	15/02/2021	48615145	$591.700	

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	1016003663	MARTINEZ OSORIO JEIMI	59	0			N																	230301	1.912.046	306.000	0	0	0	0	EPS008	1.912.046	239.100	14-11	1.912.046	3	46.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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