Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3081 2023	**C.D.P. No.:**	121	**Proceso que pertenece:**	Dirección Financiera
				Servicio al que pertenece:	Dirección Financiera
				Unidad a la que pertenece:	Avenida Caracas No. 33a - 11

Nombre del Contratista: FRANCI ANGÉLICA BABATIVA BELLO **C.C.** 52.504.067 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2023-02-01 **Fecha Terminación inicial:** 2023-04-30 **Valor Mensual:** $ 6.848.000 **Valor a cobrar:** $ 6.848.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 448.000	859	2023-04-01	2023-04-30
2	$ 6.848.000	1012	2023-05-01	2023-05-31
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 6.400.000	$ 2.008.000	64175090	26 12 2022
2	MARZO	$ 6.400.000	$ 2.193.800	65641719	9 02 2023
3	ABRIL	$ 6.848.000	$ 2.193.800	66404164	12 04 2023
4	MAYO	$ 6.848.000	$ 2.193.800	67124048	8 05 2023
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 19.200.000	$ 26.496.000	$ 26.496.000	$ 0

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ABOGADA EN COBRO COACTIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-05-01 **Hasta:** 2023-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1. delantar las acciones judiciales, extrajudiciales y jurisdiccionales, en todo lo referente al recaudo de cartera.	Se realizó revisión de soportes enviado por cuentas medicas con ocasión a facturas del contrato 160523.	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
2	2. Apoyar, revisar y analizar la documentación entregada por la Dirección Financiera y elaborar el titulo ejecutivo exigible dentro del proceso de cobro coactivo de las deudas a favor de la Subred.	Elaboración informe Solicitud información seguimiento RISS IV Trimestre 2022	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
3	3. Prestar sus servicios a la Subgerencia Corporativa en las conciliaciones de cartera a que haya lugar, y a solicitud de esta dependencia.	Apoyè a la Subgerencia Corporativa en los diferentes requerimientos realizados	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
4	4. Revisar y conciliar con las áreas internas, los saldos reportados para inicio de procesos de cobro pre jurídico y coactivo.	Asistencia a reunión sobre tema Contraloría Exp 170100-0178-18	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
5	5. Dirigir y adelantar todas las actividades necesarias para la suscripción de acuerdos de pago, conforme a las necesidades de la Subred, ya sean previas o durante el proceso de cobro coactivo.	Elaboración derecho de petición con destino al banco agrario para solicitar sabana de títulos embargados a la subred centro oriente	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
6	6. Asistir y representar cuando corresponda, conforme a poder otorgado, a las mesas de trabajo programadas con las diferentes EAPB a las cuales la Subred preste servicios de salud.	Elaboración respuesta a requerimiento de la supersalud por cumplimiento de acuerdo conciliatorio de capital salud	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
7	7. Elaborar los informes a entes de control y demás autoridades administrativas con relación a los trámites de recaudo de cartera y/o cobro coactivo	Envío autos de rechazo demandas FFDS ante supersalud	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
8	8. Proyectar los actos administrativos y demás documentos necesarios dentro de los procesos de cobro coactivo para la firma de la Jefe de la Oficina Asesora Jurídica, la Subgerencia Corporativa y la Gerencia	Elaboración informe RM_2930_23 SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOPORTES PLANES DE MEJORAMIENTO 2023_SUBRED	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
9	9. Proyectar y suscribir todos documentos de tramite o protocolarios dentro de los procesos de cobro coactivo, en calidad de abogado sustanciador del proceso de cobro coactivo conforme al Manual de Ingresos.	Proyecte oficio con destino a la Contraloria con el fin de denunciar el no pago de los servicios de salud de las diferentes entidades responsables de pago	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
10	10. Proyectar los conceptos jurídicos relacionados con el objeto contractual requeridos y/o solicitados por funcionarios y colaboradores de la Entidad y/o terceros.	Elaboración oficio requerimiento de pago al FFDS.	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
11	11. Presentar al Comité de Conciliación y defensa judicial, los casos que sean objeto de autorización para conciliar judicial o extrajudicialmente en calidad de parte demandante o demandado relacionado con el proceso de cobro coactivo.	Se realizó capacitación en exigibilidad de facturas y prescripción de las mismas	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co
12	12. Las demás funciones que asigne el supervisor para el cumplimiento del objeto contractual. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Elaboración y apoyo en respuesta a proposición concejo de Bogotá	evidencia enviada al correo institucional directorfinanciero@subredcentrooriente.gov.co

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 52.504.067 de Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	YOINER ACOSTA G.
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro 004 - 2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

FRANCI ANGÉLICA BABATIVA BELLO
C.C. 52.504.067 de Bogotá

LA SUMA DE:

SEIS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL Pesos Mda/Cte ($6.848.000, oo)

Por concepto de:

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3081 2023 correspondiente del 1 al 31 del mes de mayo de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ABOGADA EN COBRO COACTIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LASUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO
C.C. 52.504.067 de Bogotá
Teléfono 3144320422 Dirección: KR 69 A 24 36 APTO 106 EDIF LYRI BARRIO VILLA CLAUDIA
Cuenta ahorros No 008480299034 Banco Davivienda

Fecha: 31/mayo/2023

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	52504067	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO	CRA 69 A No. 24-36SUR	4560582	manuelababativa@hotmail.com	
ORMA ENTACIÓN	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	
2023-04	2023-04	I	08/05/2023	67124048	$2.193.800	

OR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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
BABATIVA BELLO FRANCI ANGELICA	59	0			N																	25-14	6,868,520	1,099,000	0	0	34,400	34,400	EPS002	6,868,520	858,600	14-11	6,868,520	3	167,400		0	0	0	0	0	0	0	0

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	52504067	FRANCI ANGELICA BABATIVA BELLO	CRA 69 A No. 24-36SUR	4560582	manuelababativa@hotmail.com	
FORMA SENTACIÓN	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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2023-04	2023-04	I	08/05/2023	67124048	TOTAL A PAGAR	
					$2.193.800	

OTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

o 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					
002	Salud Total EPS	800130907-4	858.600	0		0		0	0	0	0	858.600	1

TOTALES PENSIÓN

o 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
14	Colpensiones	900336004-7	1.099.000	0	0	34.400	34.400	0	0		1.167.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

o 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										
11	ARL SURA	890903790-5	167.400				167.400	0	0	167.400			1.674	167.400	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

r 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	858.600	858.600
Pensión	1	1.167.800	1.167.800
Riesgos Laborales	1	167.400	167.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	2.193.800	2.193.800

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