1325 - 2020

04

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1325 - 2020	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	CARTERA
				Unidad a la que pertenece:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Nombre del Contratista: JENNY ANDREA DIAZ JIMENEZ **C.C.** 52.733.521 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2020-01-16 **Fecha Terminación inicial:** 2020-07-15 **Valor Mensual:** $ 2.333.000 **Valor a cobrar:** $ 1.166.500

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	16 AL 31 ENERO	$ 1.166.500	$ 583.700	39823378
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.998.000	$ 13.998.000	$ 1.166.500	$ 12.831.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO ADMINISTRATIVO II, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA DIRECCION FINANCIERA EN EL PROCESO DE LA ADMINISTRACION Y CONTROL DE LA CARTERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-01-16 **Hasta:** 2020-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Dar estricto cumplimiento a las normas, procesos y procedimientos vigentes en materia a gestión, administración, cobro y recaudo de Cartera.	Se esta cumpliendo de acuerdo con el manual de cartera de la Subred.
2	Cumplir el plan y cronograma de trabajo de acuerdo a la cartera asignada e identificación de los valores para cobro coactivo de cada una de las entidades asignadas.	Se entrega actualizacion de procesos coactivos, teniendo en cuenta las afectaciones de pagos descargados.
3	Hacer seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas (Trimestralmente con el corte de marzo, Junio, Septiembre y diciembre de cada año).	Descargue de pagos de EPS Salud Total, Salud Vida y Medimas.Se envio estados de cartera de Salud Total, Medimas y Secretaria de Salud de Cundinamarca para revision y cruce de la entidad.
4	Realizar gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios no disponibles (teléfono, correos electrónicos, correspondencia escrita, etc.).	Se solicito soportes de pago de Salud Total, Medimas y Entes Territoriales.
5	Programar y cumplir las citas con conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro realizada, teniendo en claro que en ningún caso se expiden paz y salvo de cartera a las entidades.	Se esta realizando proceso de gestion documental según lineamientos de la EPS Salud Vida para presentación de acreencias.
6	Contestar oportunamente la correspondencia que le sea asignada.	Se realiza en tiempos oportunos.
7	Recomendar a la administración acciones y propuestas que contribuyan a la depuración y el buen recaudo de cartera.	N/A
8	Realizar visitas constantes a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera.	Se realiza conciliación con la EPS Medimas de las facturas no registradas en el sistema de la EPS, pero radicadas en punto por la Subred, pendiente conciliación ante Supersalud.
9	Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.	Se recibe radicados de devoluciones del area de Facturacion como seguimiento de las entidades a cargo.
10	Mantener Informado al supervisor del contrato de los logros y dificultades presentadas en desarrollo de sus actividades, proponiendo las estrategias y los correctivos que consideren convenientes para el mejoramiento del proceso y el logro de los objetivos institucionales.	Se informa al lider de área la solicitud de la EPS Medimas en realizar la reconstrucción de Facturas y se toma la desición de continuar conciliación ante la Supersalud y gestionar proceso coactivo.
11	Hacer entrega formal del cargo en acta, de los documentos, archivo, información y elementos a su cargo, al momento de la terminación del contrato.	
12	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	
13	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Se esta realizando gestión documental para la entrega de archivos fisicos de las entidades a cargo al archivo central de la Subred.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 52.733.521 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	LILIANA MARCELA RODRIGUEZ MORENO
CARGO:	DIRECTORA FINANCIERA
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52733521	JENNY ANDREA DIAZ JIMENEZ	CALLE 32A 13G-10 SUR	3183938820	colmutis@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2019-12	2019-12	I		39823378	TOTAL A PAGAR	
					$583.700	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	221.500	0		0		0	0	0	0	221.500	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	283.500	0	0	0	0	0	0		283.500	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	43.200				43.200	0	0	43.200			432	43.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.500	0	0	35.500	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	221.500	221.500
Pensión	1	283.500	283.500
Riesgos Laborales	1	43.200	43.200
CCF	1	35.500	35.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	583.700	583.700

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52733521	JENNY ANDREA DIAZ JIMENEZ	CALLE 32A 13G-10 SUR	3183938820	colmutis@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	
2019-12	2019-12	I		39823378	$583.700	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
CC	52733521	DIAZ JIMENEZ JENNY ANDREA	59	0			N																	230301	1,771,835	283.500	0	0	0	0	EPS017	1,771,835	221.500	14-7	1,771,835	3	43.200	CCF24	1,771,835	35.500	0	0	0	0	0

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