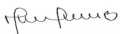




	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		CÓDIGO: AP-CT-F-50						
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL		VERSIÓN: 4						
			PÁGINA : 1 DE 1						
			FECHA: 07/11/2024						
ÁREA Y/O SERVICIO: CARTERA Y GLOSAS							UNIDAD:		
No. DE CONTRATO: 2448-2025		PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO			1	11	2025	30	11	2025	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA		DOCUMENTO:1030614162							
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como profesional de cartera y glosas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.									
TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%									
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS			ACTIVIDADES REALIZADAS						
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, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información.			Realizar constante depuración , gestión de cobro para mantener unas CONDICIONES DE SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA , que permitan contribuir al cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la subred.						
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.			cumplir con el registro en los sistemas de información establecidos por la subred a fin de poder contar con un sistema financiero (cartera) que permitan la generación de estados financieros						
3.Realizar la gestión de recaudo ante el pagador de acuerdo a la trazabilidad de la factura hasta que esta quede subsanada para la Subred Norte			1.CAPITAL SALUD: *Inicio de plan de trabajo facturas devueltas *Reunion para plan de trabajo *Validación de Glosas por conciliar *Envío de actas administrativas para inicio de conciliación de glosas *Se elabora informe de nota pgp *Se elabora informe contrato PGP *Se envía oficio inclusión crédito findeter *Asistencia a reunión supervisión de contrato evento *2.SOS: *Se envía oficio inclusión crédito findeter *Se asiste a mesas de circular 030 3.ASMET SALUD: *Se solicita cita de conciliación de facturas devueltas *Se envía oficio inclusión crédito findeter *Se asiste a mesas de circular 030 4.ALIANZA MEDELLÍN: *Se envía oficio inclusión crédito findeter *Se asiste a mesas de circular 030 5.FONDO ROTATORIO DE LA POLICIA: *Envío oficio circularización de cartera						
5.			6.NAVAL CARTAGENA: *Se envía soporte de radicado a la entidad 7.EMSSANAR: *Se envía actas de liquidación para proceso de firma *Se asiste a reunión para revisión de pagos a la Subred *Se envía oficio inclusión crédito findeter *Se asiste a mesas de circular 030 8.DISPENSARIO DUR OCCIDENTE: *Se revisa cruce de cartera 9.ALIANSALUD *Se revisa cruce de cartera						

4. Aplicar pagos en el sistema de información generados del recaudo de los diferentes pagadores factura a factura.	1. Se solicitan soportes de pago mediante correo electrónico, llamadas telefónicas; Se consolidan pagos efectuados por las entidades: Aliansalud, Capital, SOS, Asmet Salud y Alianza Medellín 2. Se aplican pagos en el sistema de información de la Subred.
5. Efectuar cruces contables con las diferentes empresas a su cargo garantizando la depuración de cartera.	*Se asiste a cita de cruce de cartera con la entidad Asmet Salud
6. Llevar a cabo el análisis de la cartera libre para pago y concretar el desembolso de los valores acordados.	Se revisan cruce realizados con las entidades Aliansalud y Dispensario Sur Occidente
7. Proyectar mensualmente el recaudo efectivo de cada empresa a cargo.	*Se entrega proyección de recaudo para el mes de Diciembre 2025
8. Hacer el seguimiento de la trazabilidad de las facturas que conforman la cartera de cada pagador asignado.	*Se revisan los cruces de cartera de las diferentes EPS *Se realiza informe de vigencias de pagos recibidos *Se realiza diligenciamiento de Matriz de circular 030 *Se realiza informe de ejecución presupuestal *Se elabora expediente de las entidades Cafesalud y Unicajas
9	
10	
OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$3.827.207) TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS SIETE PESOS M/CTE	
  JULIETH KATHERINE MUÑOZ VELA CC:1.030.614.162	 Fecha: 30/11/2025 Firma de recibido supervisor: ERIKA PAOLA ROJAS URREGO DIRECTORA FINANCIERA
Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.	

Información básica de la planilla

Empresa:	JULIETH KATERINE MUÑOZ VELA	NIT:	1030614162
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	octubre 2025
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	octubre 2025
Número de Radicación:	91464093	Total a pagar:	\$534,600
Fecha de vencimiento:	18/11/2025	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	13/11/2025	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:	1926237738
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.

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	
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91464093	\$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				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030614162	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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-10	2025-10	I	13/11/2025	91464093	10
					TOTAL A PAGAR
					\$534.600

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiza exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONSECO	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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