

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)		DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN		PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Dar estricto cumplimiento a las normas, procesos y procedimientos vigentes en materia a gestión, administración, cobro y recaudo de Cartera.	Se realiza seguimiento, control y circularización de cartera a las Entidades responsables de pago asignadas.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co, carpeta de gestión equipo Cartera Bilioteca/ documentos/ ConciliaciónCartera3 Gestión/ 102022	
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 realizó gestión de cobro de cartera y solicitud de soportes de pago no descargados, mediante herramientas y medios no disponibles, para aplicación de traslados de saldos en el aplicativo Dinamica Gerencial	Aplicativo Dinamica Gerencial	
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).	Elaboración de Notas crédito por ajustes de miles de pesos.	Aplicativo Dinamica Gerencial	
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.).	Programación y cumplimiento de citas de conciliación de cartera que se deriven a la gestión de cobro de cartera a las entidades a cargo.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co, carpeta de gestión equipo Cartera Bilioteca/ documentos/ ConciliaciónCartera3 Gestión/ 102022	
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.	Asistencia y seguimiento a mesas de flujo de recursos programadas por la Superintendencia de Salud.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co	
6	Contestar oportunamente la correspondencia que le sea asignada.	Hacer seguimiento a las diferentes mesas de trabajo para conciliación de glosas y devoluciones de los pagadores a cargo.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co	
7	Recomendar a la administración acciones y propuestas que contribuyan a la depuración y el buen recaudo de cartera.	Organización y mantenimiento del archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.	Archivo de cartera	
8	Realizar visitas constantes a las empresas asignadas con el fin de hacer seguimiento de los estados de cartera.	Gestión a la respuesta de Cobro Coactivo de las empresas a cargo.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co, carpeta de gestión equipo Cartera Bilioteca/ documentos/ Laura Cortés / Gestión/ 102022	

 <div>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</div>		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: 04 FECHA: 2024-02-22						
9	Organizar y mantener debidamente ordenado el archivo relacionado con las empresas asignadas de conformidad con las normas de gestión documental vigente.	Organizar el archivo de las entidades	Archivo de la sede administrativa calle 33							
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.	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte del jefe de area.	Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co							
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.	Realizar acta de de reunion, con información referente al cargo que se este desarrollando	Acta firmada							
12	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistencia a mesas de trabajo programadas para depuración de cartera con los responsables de pago a cargo.	Firma de Actas de reunión programadas y Correo electrónico conciliacioncartera3@subredcentrooriente.gov.co							
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.	Dar respuesta a las diferentes solicitudes realizadas por parte del jefe de area.	Correo electrónico conciliacioncartera3@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.		<div>Nathalia Calderon S.</div> <div>Firma del Contratista</div> <div>C.C. 1.012.438.799 de BOGOTÁ D.C</div>								
<div>VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO</div> <table><tr><td>NOMBRE:</td><td>YOINER ACOSTA G</td></tr><tr><td>CARGO:</td><td>DIRECTOR FINANCIERO</td></tr><tr><td>FIRMA</td><td></td></tr></table> <div>Yoibo Gustavo Adolfo Marín Velásquez</div>					NOMBRE:	YOINER ACOSTA G	CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO	FIRMA	
NOMBRE:	YOINER ACOSTA G									
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO									
FIRMA										

Cuenta de cobro 01 - 2024 /

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ
C.C. 1.012.438.799 de Bogotá D.C

LA SUMA DE:

Tres millones ciento setenta mil trescientos cuarenta pesos m/cte. (\$3.170.340)

- Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3098 2024 correspondiente del 01 al 29 de febrero de 2024 /

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Nathalia Calderon S.

JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ

C.C.1012438799

Teléfono: 3014867005

No Cuenta 488411637769 ahorros Davivienda

Fecha: 29 de febrero de 2024 /

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	
CC	1012438799	JULY NATHALIA CALDERON SANCHEZ	Kr 79 Bta B #58M sur 45 Inmueble 6 Apt 3	3007158	nathalia9622@hotmail.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	
	PERIODO	SALUD				EMPLADOS	UPC
PERIODO SALUD	2024-01		I	19/02/2024	74848845	1	0
TOTAL A PAGAR						\$428.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	Colización Obligatoria
EPS002	Salud Total EPS	800-20003-4

EPS002	Salud Total EPS	NIT	Coatización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Coatización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
		800730307-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización		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
			Obligatoria											
			No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011453-6	31,700			31,700	0	0	31,700			317	31,700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066342-7	26.000	0	0	26.000	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				

ES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora		No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE LMA, RPP y Mora	Total a Pagar
	Salud	1	162.500	162.500
	Pensión	1	208.000	208.000
	Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
	CCF	1	26.000	26.000
	ESAP	0	0	0
	ICBF	0	0	0
	MEN	0	0	0
	SENA	0	0	0
TOTALES		4	428.200	428.200

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPPC
					1
					0
TOTAL A PAGAR					
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				
2024-01	2024-01	I	19/02/2024	74548845	\$425.200

DAAGAR