

COMUNICADO GENERAL No.14

FECHA : **7 DE FEBRERO DE 2017**

PARA : **ORDENES PRESTACIÓN DE SERVICIO**

DE : **P.A. CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL - 2017**

ASUNTO : **COBRO PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

El **Consortio Fondo de Atención en Salud PPL -2017** por medio del presente comunicado notifica los requisitos que deben cumplirse a efecto de hacer efectivo el pago de los servicios prestados por los contratistas profesionales en salud intramural en los establecimientos de reclusión del orden nacional.

En virtud del cumplimiento de las obligaciones de los contratistas OPS a partir del otrosí firmado en Diciembre 29 de 2016 se adicionaron los siguientes requisitos para el pago de las cuentas de cobro dirigidas al CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017:

1. De la cláusula Primera, “(...) **VALOR Y FORMA DE PAGO:** “..., previa presentación de la cuenta de cobro, constancia de pago de los aportes a salud y pensiones, informe de gestión, certificación de la prestación del servicio expedida por el Supervisor y copia de la póliza debidamente constituida.”
2. De la cláusula Quinta, “(...) - **GARANTÍAS: “PARÁGRAFO SEGUNDO.**- En el evento de que EL CONTRATISTA no constituya estas garantías dentro de los tres (3) días siguientes a la suscripción del presente otrosí, el CONTRATANTE podrá retener el pago hasta que el CONTRATISTA constituya la póliza soopena de terminación de la Orden de Prestación de Servicios, sin que ello implique indemnización a favor del CONTRATISTA.”

Además de lo anterior, informamos y reiteramos los demás requisitos para el pago de cuentas de cobro por prestación de servicios así:

1. Las cuentas de cobro deben llegar consolidadas por ERON y los documentos en el orden que se menciona a continuación:
 1. **Cuenta de cobro.** (Anexo 001) Deberá estar a nombre de PA CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL - NIT 830.053.105-3 dirección: Calle 72 No. 10 – 03 piso 9, la cual debe señalar y/o contener:
 - Valor total cobrado en letras y en números
 - Profesión
 - ERON y Ciudad donde presta el servicio (Ubicación del ERON)
 - Periodo de cobro
 - Firma y número de cédula de ciudadanía.

2. **Informe de Gestión.** (Anexo 002) Deberá contener la firma del prestador del servicio y del director del centro penitenciario. Se debe anexar el plan de trabajo y el reporte de RIPS con el formato que se adjunta a esta comunicación.
3. **Constancia de cumplimiento del servicio prestado** firmado por director centro penitenciario. (Anexo 003).
4. **Planilla pago de aportes a seguridad social** del mes cobrado en el anexo 1. Este pago debe tener como IBC (Ingreso Base de Cotización) el 40% del valor del ingreso (HONORARIOS). Sin tener en cuenta los valores pagados por intereses de mora.

Nota: El aporte de ARL, lo realiza el P.A. CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL 2017, de acuerdo con el Decreto No. 0723 de 2013 que establece dicha reglamentación y la Resolución No. 2087 de 2013 que contiene las reglas de su implementación, para surtir este trámite el prestador del servicio debe remitir certificación de la afiliación a AFP y EPS. A continuación realizamos un ejercicio a maneja de ejemplo de la liquidación de los aportes mencionados.

Se debe remitir la planilla de aportes de seguridad social y el correspondiente recibo de pago.

VALOR CONTRATO	BASE PARA LIQUIDAR 40%	EPS 12,5%	AFP 16%	VALOR PAGO EPS + AFP
2.000.000,00	800.000,00	100.000,00	128.000,00	228.000,00

5. Declaración juramentada para efectos tributarios para contratistas que realicen actividades diferentes (actividades por cuenta propia según artículo 340 del estatuto tributario).
6. Copia de la póliza
7. Para la realización del primer pago, **POR PRIMERA VEZ**, adicionalmente a los documentos referidos en los numerales anteriores, se debe remitir:
 - RUT(Registro Único Tributario) actualizado
 - RIT (Registro de Información Tributaria) aplica para Distrito Capital.
 - Copia de la cédula.
 - Certificación bancaria que incluya banco, tipo de cuenta, número de cuenta, nombre de la persona natural y No. de identificación, cuya fecha de expedición no sea superior a tres (3) meses.
 - Datos del contacto: Dirección, teléfono y correo electrónico,
2. Cuando se presenten inconsistencias el Consorcio devolverá por correo certificado al ERON las cuentas de cobro con el fin de que sean subsanadas y remitidas nuevamente en original. Cabe anotar que se entenderá como inconsistencia la documentación incompleta o mal diligenciada.
3. En el link <http://www.fiduprevisora.com.co/seccion/fiduconsorcioopl.html> podrá revisar el estado de su pago.

{f}
30
años



{fiduprevisora}

Por hoy, por mañana y por siempre.

Es importante considerar que a la fecha se adelanta el proceso de pago en la medida que la anterior documentación se encuentre completa y debidamente diligenciada para lo cual agradecemos tomar los correctivos necesarios para evitar reprocesos y por consiguiente demoras en los pagos.

Cualquier inquietud o información adicional que se requiera sobre la atención de salud para las personas privadas de la libertad, favor comunicarse con los siguientes teléfonos y correos electrónicos:

LINEA DE CONTACTO : 5945111 – Ext: 8039-8034-8037-8036
MAIL : Consortiouspec@fiduprevisora.com.co
Página : www.fiduprevisora.com.co

Finalmente indicamos que el Patrimonio Autónomo cuenta con los recursos suficientes para atender los pagos de los servicios contratados por el **CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL-2017**

Atentamente,

PA CONSORCIO FONDO DE ATENCIÓN EN SALUD PPL – 2017

Elaboró: Mauricio Chaves - Líder OPS

Revisó: Aracely Paez – Área Financiera

Fabian Leguizamón – Área Jurídica

Aprobó: Mauricio Iregui - Gerente General

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA