1411

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: 02**
**FECHA: 2020-05-04**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

**No. CONTRATO - OPS:** PS 1411 2021 **C.D.P. No.:** 78 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO **C.C.** 53.029.947 **de:** BOGOTÁ D.C

**Fecha Inicio:** 16 DE ENERO DE 2021 **Fecha Terminación incial:** 15 DE ABRIL DE 2021 **Valor Mensual:** $ 1.600.000 **Valor a cobrar:** $ 1.600.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 4.800.000 | 1066 | 2021-04-16 | 2021-07-15 |
| 2 | $ 0 | 0 | | |
| 3 | $ 0 | 0 | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ENERO | $ 800.000 | $ 271.700 | 8347714230 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 8348425778 |
| 3 | MARZO | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 6582476 |
| 4 | ABRIL | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 8349421520 |
| 5 | MAYO | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 8350098953 |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 4.800.000 | $ 9.600.000 | $ 7.200.000 | $ 2.400.000 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2021-05-01 **Hasta:** 2021-05-31

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO | |
|---|---|---|
| | ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUCTO O EVIDENCIA |
| 1.Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizar datos personales del usuario a facturar.3.Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.8.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.10.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. | 1. Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa. 2. Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario. 3. Recibio e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios. 4. Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente. 5. Realizo cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 6. Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 7. Corrigio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 8. Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos. 9. Actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 10. Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 11. Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. | Durante el periodo se realizó el cumplimiento al 100% del desarrollo de las actividades contratadas. se anexan folios con las evidencias. esta información puede ser verificada en los estadísticos de facturación que se genera en el sistema de información DGH modulo facturación. |

**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

Claudia Villamizar S.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 53.029.947 **de** BOGOTÁ D.C

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS | |
|---|---|
| **NOMBRE:** | MARLENY RAMOS GUERRA |
| **CARGO:** | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
| **FIRMA** | |

**Cuenta de cobro 005 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO

C.C 53.029.947 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

**LA SUMA DE:**

| | | |
|---|---|---|
| **UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE** | **$** | **1.600.000** |

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1411 2021 correspondiente al mes de MAYO de 2021

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADÉMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES (DE SU PROFESIÓN), CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Claudia Villamizar S.

CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
C.C 53029947
Teléfono 3143640352
Direccion CARRERA 25 N° 17 - 15 SUR
No Cuenta 102576618 AHORROS BANCO DE BOGOTA
Fecha: 31/05/2021

**Señor(es):** CLAUDIA LILIANA VILLAMIZAR SERRANO
**Nit:** CC 53029947
**Dirección:** KR 25 NO 17 13 SUR
**Teléfono:** 3617920 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | CLAUDIA LILIANA VILLAMIZ |
| Tipo y número de identificación | 53029947 |
| Número de radicación planilla | 8350098953 |
| Fecha de pago | 5/4/2021 |
| Número de autorización de pago | 3159293 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Abril 2021 |
| Periodo cotización pensión | Abril 2021 |
| Periodo cotización caja | Abril 2021 |
| Número de administradoras | 4 |
| Total Pagado | $299.400 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-7 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | $22.200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $145.400 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Filar | $18.200 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $113.600 | 1 |

PAGADO 3159293

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SALARIO INTEGRAL | ESTUDIANTE | CO.COMPENSA EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 53029947 | VILLAMIZAR SERRANO CLAUDIA LILIANA | EPS008 | 25-14 | CCF24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 908.526 | 908.526 | 908.526 | 908.526 | 0 | | | 145.400 | 0 | 0 | 113.600 | 0 |

PAGADO
3459293

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Prohibida la Información

HOSPITAL SANTA CLARA

## DEL 20 DE ABRIL AL 20 DE MAYO DE 2021 – CLAUDIA VILLAMIZAR

### INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES

(INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO).

| No. | ACTIVIDAD | No. | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DIA | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | |
| 1 | Facturacion en ventanilla. | | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | |
| 2 | Cargue de Banco de Sangre. | | X | | | X | | | | | X | | | X | X | | | X | | | | | X | | | X | | X | X | | | X | | |
| 3 | Cargue de Laboratorios. | | X | | | X | | | | | X | | | X | X | | | X | | | | | X | | | X | | X | X | | | X | | |
| 4 | Soporte de Facturas. | | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | |
| 5 | Informacion Adicional. | | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | | | X | X | X | X | X | X | X | | X | X | X | |
| 6 | Afiliacion Oficiosa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES

(INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO).

| No. | ACTIVIDAD | No. | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | TOTAL POR ACTIVIDAD | COMENTARIOS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | DIA | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | | |
| 1 | FACTURAS | | 74 | 96 | 77 | 125 | | | 98 | 109 | 100 | 87 | 87 | | | 97 | 78 | 73 | 72 | 92 | | | 95 | 108 | 86 | 75 | 107 | 126 | 68 | | 105 | 86 | 113 | 2.234 | |
| 2 | COTIZACIONES | | 6 | 5 | 4 | 5 | | | 5 | 7 | 4 | 3 | 4 | | | 5 | 4 | 4 | 3 | 5 | | | 4 | 5 | 4 | 5 | 7 | 3 | 2 | | 5 | 4 | 5 | 108 | |
| 3 | ORDENES AMBULANCIAS | | 7 | 6 | 5 | 4 | | | 5 | 6 | 5 | 4 | 5 | | | 4 | 5 | 5 | 4 | 6 | | | 3 | 4 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | | 6 | 5 | 7 | 120 | |
| 4 | AMARRE DE FACTURAS | | 28 | 25 | 15 | 35 | | | 25 | 25 | 22 | 20 | 22 | | | 25 | 28 | 22 | 10 | 25 | | | 18 | 26 | 28 | 24 | 27 | 25 | 22 | | 25 | 17 | 27 | 566 | |
| 5 | DIGITURNOS | | 85 | 107 | 92 | 130 | | | 105 | 115 | 112 | 95 | 95 | | | 107 | 92 | 87 | 85 | 103 | | | 107 | 115 | 97 | 84 | 122 | 130 | 72 | | 110 | 95 | 120 | 2.462 | |
| 6 | LABORATORIOS | | 20 | | | 5 | | | | | 5 | | | | | | | 5 | | | | | 5 | | | 7 | | 135 | 175 | | | 5 | | 362 | |
| 7 | BANCOS DE SANGRE | | 5 | | | 7 | | | | | 10 | | | | | | | 5 | | | | | 5 | | | 8 | | 8 | 12 | | | 5 | | 65 | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| TOTAL POR DIA | | | 225 | 239 | 193 | 311 | 0 | 0 | 238 | 262 | 258 | 209 | 213 | 0 | 0 | 238 | 207 | 201 | 174 | 231 | 0 | 0 | 237 | 258 | 220 | 209 | 268 | 431 | 355 | 0 | 251 | | 272 | 5.917 | |