1472

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 – GESTION 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 1472 2021 **C.D.P. No.:** 78 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION
**Unidad a la que pertenece:** CAPS BRAVO PAEZ

**Nombre del Contratista:** KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE **C.C.** 1.071.868.637 **de:** NIMAIMA

**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 | 75748960 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 52525780 |
| 3 | MARZO | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 8348976978 |
| 4 | ABRIL | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 49791894 |
| 5 | MAYO | $ 1.600.000 | $ 281.200 | 8350528414 |
| 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:** 2021-03-01 **Hasta:** 2021-05-31

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizo datos personales del usuario a facturar.3.Genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizo el dinero de recibos de caja recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaboro factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area.8.Corregio facturas anuladas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.Brindo 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.Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.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

Karen Dayana Ortiz
**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.071.868.637 **de** NIMAIMA

| 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:**

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE

C.C 1.071.868.637 de la ciudad de NIMAIMA

**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 1472 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,**

Karen Dayana Ortiz

KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
C.C 1071868637
Teléfono 3222044375
Direccion CRA.19 A # 1 SUR -43
No Cuenta 724623426 AHORROS BANCO BBVA
Fecha: 31/05/2021

1472

**Señor(es):** KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE
**Nit:** CC 1071868637
**Dirección:** Carrera 19 A No 11 A 67 Apto triunfo 3 T 1 302
**Teléfono:** 8140229 **Fax:** 8140229
**Ciudad:** SOACHA

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 | KAREN DAYANA ORTIZ DU/ |
| Tipo y número de identificación | 1071868637 |
| Número de radicación planilla | 8350528414 |
| Fecha de pago | 5/10/2021 |
| Número de autorización de pago | 21627675 |
| 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 | 3 |
| Total Pagado | $281.200 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $22.200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $145.400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $113.600 | 1 |

PAGADO 21627675

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 | INC | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | DIAS EPS | DIAS ARL | DIAS CAJA | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 1071868637 | ORTIZ DUARTE KAREN DAYANA | EPS008 | 230301 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 908.526 | 908.526 | 0 | 908.526 | 145.400 | 0 | 0 | 113.600 | 0 |

PAGADO 2016

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
Karen D Ortiz DUARTE CC 1071868637
MES DE MAYO-CAPS BRAVO PAEZ
EVIDENCIAS

## CITAS FACTURADAS Y ASIGNAS

**::. FACTURAS REGISTRADAS EN DGH**

44 Registros para: CARLOS ALBERTO LASPRIELLA SUAREZ - 1971-05-06 (50 Años)- 79572663

| Factura | Estado Factura | Fecha Factura | Faturado Por | Ingreso | Aseguradora | Servicio | Cantidad Facturada | Cod Profesional | Profesional |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 00000000768863 | Facturada | 2021-05-21 10:19:03.263 | LUISA FERNANDA PALACIOS | 12090992 | PGP CAPITAL SALUD EPS | TERAPIA FÍSICA, SESIÓN (29112) | 1 | 1010182353 | CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA |
| 00000000768853 | Facturada | 2021-05-21 10:17:50.647 | LUISA FERNANDA PALACIOS | 12090976 | PGP CAPITAL SALUD EPS | TERAPIA FÍSICA, SESIÓN (29112) | 1 | 1010182353 | CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA |
| 00000000768841 | Facturada | 2021-05-21 10:16:27.683 | LUISA FERNANDA PALACIOS | 12090966 | PGP CAPITAL SALUD EPS | TERAPIA FÍSICA, SESIÓN (29112) | 1 | 1010182353 | CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA |
| 00000000768829 | Facturada | 2021-05-21 10:15:23.423 | LUISA FERNANDA PALACIOS | 12090952 | PGP CAPITAL SALUD EPS | TERAPIA FÍSICA, SESIÓN (29112) | 1 | 1010182353 | CHAPARRO HOYOS MARITZA CAROLINA |
| 00000000768815 | Facturada | 2021-05-21 10:13:19.180 | LUISA FERNANDA PALACIOS | 12090934 | PGP CAPITAL SALUD EPS | TERAPIA FÍSICA, SESIÓN (29112) | 1 | 22884853 | SEVERICHE GIL AMELIA MARIA |
| 00000000757496 | Anulada | 2021-05-19 10:36:09.827 | KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE | 12079217 | PGP CAPITAL SALUD EPS | CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL (39141-1) | 1 | 80212754 | RUIZ SERNA CAMILO HERNANDO |
| 00000000757468 | Facturada | 2021-05-19 10:32:56.143 | KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE | 12079182 | P Y D CAPITAL SALUD EPS-S | CONSULTA MEDICINA GENERAL VALORACION INTEGRAL AL ADULTO DE 29 A 59 AÑOS (40110-63) | 1 | 1024576638 | JOYA CASTILLO DIANA GERALDINE |
| 00000000728872 | Facturada | 2021-05-11 15:32:25.720 | ANGIE JASBLEIDI VILLAREAL OSPINA | 12049253 | PGP CAPITAL SALUD EPS | ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA - CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA (39143-18) | 1 | 88219145 | QUINTERO ALVAREZ JORGE VICENTE |
| 00000000704921 | Facturada | 2021-05-06 06:12:43.870 | FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN | 12024100 | PGP CAPITAL SALUD EPS | COLESTEROL HDL (19237) | 1 | 1010217323 | CHASOY OSPINA MARIA ESPERANZA |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | AISTIR | |
| 2021-05-25 08:20:00.000 | RAMIREZ GOMEZ GREISY YANNINA | PEDIATRÍA | CAPS CHIRCALES | DANNA WESLEY ROMERO SANCHEZ | 2021-05-19 13:27:17.630 | | 5718722 | Asignada | | | Asignado por Call center, cita de... pediatria Presencial, Recuerde que para cancelar o reubicar la cita debe hacerlo con 6 horas de anticipación. Señor usuario tenga presente que debe llegar 1 hora antes de su cita para facturar. Paciente Con Comorbilidad: No | SIN HUELLA |
| 2021-05-19 08:20:00.000 | RUBIO DE LADRAÑAGA MIRYAM | HIGIENE ORAL | CAPS BRAVO PAEZ | KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE | 2021-05-18 12:03:33.443 | 00000000752066 | 5712414 | Cumplida | | | | SIN HUELLA |
| 2021-05-14 08:00:00.000 | GALVEZ PARDO JACKELINE | MEDICINA GENERAL | CAPS BRAVO PAEZ | GINNA MAYERLY CITA BAQUERO | 2021-05-13 09:50:17.310 | 00000000741611 | 5696465 | Cumplida | | | | SIN HUELLA |
| 2021-01-07 11:20:00.000 | SANCHEZ RODRIGUEZ EDITH | ODONTOLOGIA GENERAL SCO | USS CANDELARIA | LAURA DAYANA CASTELLANOS ARENAS | 2021-01-02 09:35:28.927 | | 5315920 | Cumplida | | | se le indica al usuario llegar con una hora de anticipación a su cita con orden o autorización vigente y (Preparación si la requiere) Ademas recuerde que debe llegar 1 hora antes para facturar su cita y para cancelarla o reprogramarla debe ser con 1 hora de antelación | SIN HUELLA |
| | | | | | | | | | | | se le indica al usuario llegar con una hora de anticipación a su cita con orden o autorización vigente | |

RELACIÓN DE BILLETES

| A | B | C | D | E | F | G |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E<br>APOYO – GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS<br>FORMATO RELACION DE BILLETES DE ACUERDO AL NUMERO DE SERIE PARA LA ENTREGA | | | | CÓDIGO: AP-CR-FT-020<br>VERSIÓN: 1<br>FECHA: 2019-01-21 | |
| CENTRO DE ATENCION | NOMBRE QUIEN ENTREGA | | | | | FECHA |
| SBP | KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE | | | | | 19-05-2021 |
| Numero de serial según valor denominación: | | | | | | |
| $ 1.000 | $ 2.000 | $ 5.000 | $ 10.000 | $ 20.000 | $ 50.000 | $ 100.000 |
| | | | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Cantidad de monedas según su denominación | | | | | Total Moneda | TOTAL EFECTIVO |
| 50 | 100 | 200 | 500 | 1.000 | | 1.800 |
| | 1 | 1 | 3 | | | |
| | | | UNIDAD | | RAFAEL URIBE URIBE | |
| | | | CENTRO DE ATENCION | | CAPS BRABO PAEZ | |
| FIRMA DEL FACTURADOR | | | PUNTO DE ATENCION | | CONSULTA EXTERNA | |
| USUARIO 1071868637 | | | | | | |

Página 1

## RECIBOS DE CAJA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : viernes, 21 mayo 2021
Página 1/1

### LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

DESDE LA FECHA 19/05/2021 HASTA LA FECHA 19/05/2021 DESDE EL USUARIO 1071868637 HASTA EL USUARIO 1071868637

Usuario 1071868637-KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE

| CONSECUTIVO | FECHA | EFECTIVO | CHEQUE | TARJETAS | CONSIGNACION | TOTAL | ESTADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Recibo | | | | | | | |
| 000000000265631 | 19/05/2021 01:39:55 p.m. | 1.800,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.800,00 | Confirmado |
| | | | | | | FACTURA NRO. 00000000759216 | |
| | TOTAL 1. Recibo | 1.800,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.800,00 | |
| TOTAL 1071868637-KARENDAYANA ORTIZ DUARTE | | 1.800,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.800,00 | |

| TOTAL REGISTRADOS | TOTAL CONFIRMADOS | TOTAL ANULADOS | TOTAL SIN ANULADOS |
|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.800,00 | 0,00 | 1.800,00 |

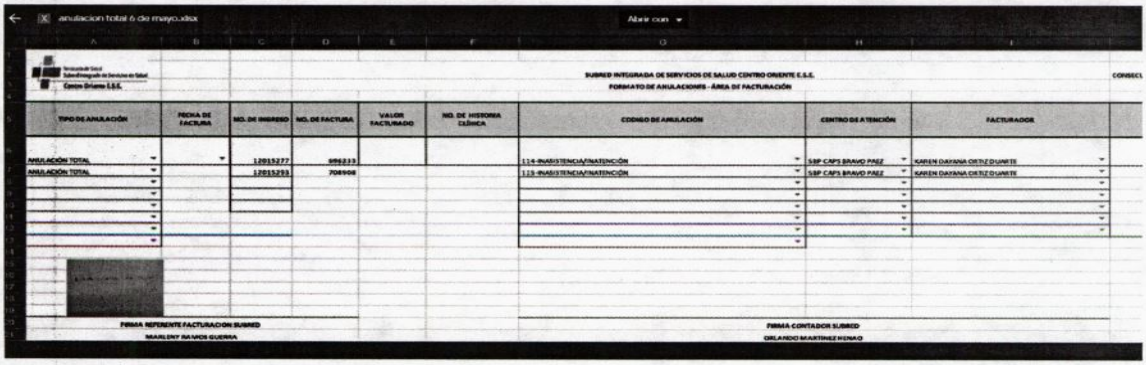
| TOTAL GENERAL | 1.800,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 1.800,00 |
|---|---|---|---|---|---|

| TOTAL REGISTRADOS | TOTAL CONFIRMADOS | TOTAL ANULADOS | TOTAL SIN ANULADOS |
|---|---|---|---|
| 0,00 | 1.800,00 | 0,00 | 1.800,00 |

Nombre reporte : TSRPReciboCajaResumenF

1071868637

## SOLICITUD DE ANULACIONES



anulacion total 6 de mayo.xlsx — Abrir con

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
FORMATO DE ANULACIONES - ÁREA DE FACTURACIÓN

| TIPO DE ANULACIÓN | FECHA DE FACTURA | NO. DE INGRESO | NO. DE FACTURA | VALOR FACTURADO | NO. DE HISTORIA CLÍNICA | CODIGO DE ANULACIÓN | CENTRO DE ATENCIÓN | FACTURADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ANULACIÓN TOTAL | | 12015277 | 986233 | | | 114-INASISTENCIA/INATENCIÓN | SSP CAPS BRAVO PAEZ | KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE |
| ANULACIÓN TOTAL | | 12015293 | 706908 | | | 119-INASISTENCIA/INATENCIÓN | SSP CAPS BRAVO PAEZ | KAREN DAYANA ORTIZ DUARTE |

FIRMA REFERENTE FACTURACION SUBRED
MARLENY RAMOS GUERRA

FIRMA CONTADOR SUBRED
ORLANDO MARTINEZ HUNAO