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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2310 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: CLARA INES DIAZ GOMEZ **C.C.** 51.961.254 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-10-01 **Fecha Terminación inicial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 2.195.000 **Valor a cobrar:** $ 2.195.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO -	$ 1.536.500	$ 259.900	10039839194
2	FEBRERO	$ 2.330.484	$ 271.700	10102232155
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 13.170.000	$ 13.170.000	$ 3.866.984	$ 9.303.016

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - REVISOR DE CUENTA

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-02-01 **Hasta:** 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar acompañamiento diario y auditoria concurrente a los facturadores	Se realiza una preauditoria diaria antes que el facturador genere la cuenta viendo estancias prolongadas , informes quirurgicos laboratorios, examenes especiales e insumos para mejorar el proceso de facturacion y disminuir el margen de anulacion
2	Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura	Se acompaño al facturador durante el proceso de facturacion solucionando dudas basados en el decreto 2423 de 1996 manual tarifario por el cual se rige el proceso de facturacion
3	Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador	A diario se recepciona el 100 % de las facturas generadas contra estadisticos del sistema para su respectiva revision y entrega al armado de cuentas 500
4	Realizar auditoria previa y posterior a la realizacion de facturación	A cada una de las facturas generadas se le realiza previa y posterior revision para confirmar tarifas y el cobro del 100% de las actividades 1000
5	Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura	Se verifica que el 100 % de los soportes esten adjuntos a la factura tal cual lo establece la resolucion 3047 de 2008
6	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se realiza revisoria contra manual tarifario soat para garantizar el 100 % de actividades facturadas
7	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	Se realiza la verificación durante la revisión de la factura
8	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su	Se realiza revisoria contra manual tarifario soportes de hojas de tratamiento para garantizar el 100 % de actividades facturadas
9	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Las devoluciones y anulaciones se hacen maximo 48 horas despues de la generacion de la factura para su respectiva correccion 50
10	En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente	El facturador tiene la directriz de areglar la factura inmediatamente sea anulada Se realiza seguimiento para que se cumpla este proceso 60

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

Clara Ines Diaz
Firma del Contratista

C.C. 51.961.254 **de** Bogotá

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ORLANDO MARTINEZ
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple.

Fecha creación reporte 2018-03-22, 07:41:12 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1009839194 **Referencia pago(PIN)** 8870225990

Periodo Cotización 201801 **Periodo Servicio** 201801

Cliente:

PAGADA 2018-01-03 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES DIAZ GOMEZ				
Documento	CC 51961254	**Dirección**	TV 34 39 40 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138309776		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	DIAZ GOMEZ CLARA INES	**Identificación**	CC 51961254		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51961254		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					DIAZ GOMEZ CLARA INES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF			
															0	30	30	30	0			$ 640.000

Pensión							Salud					
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
23'001		16 %	$ 840.000	$ 134.400	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 840,000	$ 105,000	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-23	3	2,436 %	$ 840,000	$ 20.500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 134.400	$ 0	$ 0	$ 105.000	$ 20.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.900

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-03-22, 07:43:48 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1010232155 **Referencia pago(PIN)** 8870225990

Periodo Cotización 201802 **Periodo Servicio** 201802

Cliente:

PAGADA 2018-02-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES DIAZ GOMEZ				
Documento	CC 51961254	**Dirección**	TV 34 39 40 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138309776		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	DIAZ GOMEZ CLARA INES	**Identificación**	CC 51961254		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51961254		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					DIAZ GOMEZ CLARA INES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 840,000	25100		16 %	$ 840,000	$ 134,400	$ 0	$ 0	EPS096		12.5 %	$ 840,000	$ 105,000	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 840,000	$ 20,500	NINCC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 134,400	$ 0	$ 0	$ 105,000	$ 20,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259,900

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-03-22, 07:44:50 AM **Tipo Planilla** N **Número Planilla** 1011434402 **Referencia pago(PIN)** 8887475360

Planilla Corregida Nro 1010232155 **Periodo Cotización** 201802 **Periodo Servicio** 201802

Cliente:

PAGADA 2018-02-22

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CLARA INES DIAZ GOMEZ				
Documento	CC 51961254	**Dirección**	TV 34 39 40 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138309776		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	DIAZ GOMEZ CLARA INES	**Identificación**	CC 51961254		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51961254		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					DIAZ GOMEZ CLARA INES	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
						C									0	30	30	30	0				$ 878.000	231001		16 %	$ 878.000	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 878.000	$ 109.800	$ 0	14-23	I	2,436 %	$ 878.000	$ 21.400	NIN CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 6.100	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.800