SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-IA-F 014
VERSIÓN: 01
~~FECHA: 2017-07-8~~

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS2310 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	UNIDAD SAN BLAS
Nombre del Contratista:	CLARA INES DIAZ GOMEZ			**C.C.**	51.961.254 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.536.500	$ 270.000	1009839194
2	FEBRERO	$ 2.330.480	$ 271.700	1010232155
3	MARZO	$ 2.195.000	$ 271.700	1011849346
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 13.170.000	$ 13.170.000	$ 6.061.980	$ 7.108.020

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN ELPROCESO DE FACTURACION (REVISOR DE CUENTA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018/03/01 **Hasta:** 2018/03/31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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.	Realicé acompañamiento a los facturadores aclarando dudas e inquietudes. Ademas de revisar a diario la base de datos de entreg de facturas para realizar auditoria concurrente.
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 brindo apoyo a los facturadores dando solución a dudas con el fin de garantizar el cobro del 100% de los servicios prestados los usuarios y dar oportunidad en la generación de facturas.
3	Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.	Se recepcionó las facturas generadas en el sistema de información cruzandolo contra la cantidad entregada por cada facutador a cargo para garantizar la entrega del 100% de las facturas.
4	Realizar auditoria previa y posterior a la realización de facturación	Se realizo revisión posterior a la generación de facturas, verificando centros de costos, facturas de triage con valor cero, las facturas particulares deben traer recibo de caja y que el facturador entregue completo el total de las facturas generadas.
5	Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.	Se realizó revision de todas las facturas recibidas corroborando que cada una traigan sus respectivos soportes
6	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se verificó que los copagos y/o cuotas de recuperación estuvieran cobradas de acuerdo a la normatividad, que las actividades realizadas estuvieran cobradas según manual tarifario corroborando la información contra historia clínica
7	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	No se realizo verificación de RIPS.
8	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones medicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se revisaron las cuentas contra historia clinica y soportes de la misma para garantizar el cobro del 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones medicas brindadas a los pacientes.
9	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Se realizó recepción de 200 devoluciones emitidas por la central de revisión de primer nivel. Se entablo comunicación con los facturadores para garantizar dar respuesta oportuna a las devoluciones y se coordino con las referentes de Facturación de cada Unidad para que los facturadores realizaran respuesta dentro de las 48 horas siguientes a la devolución.
10	Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.	Se verificó a diario en la base de datos las devoluciones recepcionadas y se realizó seguimiento a las mismas para gestionar la respuesta oportuna de las devoluciones.
11	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios	Se verifico a diario informe de facturas anuladas sin reemplazar con el fin de corroborar que las facturas anuladas sean reemplazadas 100%. En los casos en que se evidencio cuentas pendientes por refacturar se notifico a cada afacturador cargo para que continuara con el respectivo tramite de reemplazo para garantizar el cierre de las facturas.
12	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	Se realiza revision del 100% de las facturas generadas al evento verificando que la solicitud y seguimiento de las autorizaciones sea el adecuado para la radicacion de la cuenta
13	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se verificó soportes y FURIPS de las cuentas a cargo de aseguradoras por accidentes de transito.
14	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Se realiza entrega diaria según el cronograma establecido por el area de armado de cuentas y cumpliendo con las directrices pactadas para garantizar la radicación del 100% de las facturas generadas.
15	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.	Se brindo apoyo a los facturadores de la unidad en los planes de contingencia, descargando las bases de datos de pacientes capitados y laboratorios PGP con el fin de tener las herramientas necesarias para dar solución a los inconvenientes que se presentan diariamente.
16	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Participo activamente de las capacitaciones y actualizaciones presentadas por la Referente de Facturación y de las retroalimentaciones que se realizan a diario cuando se despejan dudas e inquietudes.
17	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Participo activamente de las reuniones solicitadas por mi supervisor de contrato.

	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-I 014 VERSIÓN: 01

18	Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato.

Observaciones:	Firma del Contratista
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	C.C. 51.961.254 de BOGOTA

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-03-13, 06:48:26 AM **Tipo Planilla** I **Numero Planilla** 1011849346 **Referencia pago(PIN)** 8888197580

Periodo Cotización 201803 **Periodo Servicio** 201803

Cliente:

PAGADA 2018-03-12

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
															0	30	30	30	0			$ 878.000	230301		16 %	$ 878.000	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS005		12.5 %	$ 878.000	$ 109.800	$ 0	14-03	3	2.436 %	$ 878.000	$ 21.400	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	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-03-13, 06:48:26 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1011849346 **Referencia pago(PIN)** 8888197580

Periodo Cotización 201803 **Periodo Servicio** 201803

Cliente:

PAGADA 2018-03-12

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			Residente		Exonerado		Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
CC 51961254						N				
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
															0	30	30	30	0				$ 878.000	231001		16 %	$ 878.000	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 878.00	$ 109.800	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 878.000	$ 21.400	NINGCC	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	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700