2411

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 2411 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN C.C. 51.994.913 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminación inicial: 2018-07-09 Valor Mensual: $ 1.410.000 Valor a cobrar: $ 1.410.000

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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	24742345
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 243.600	25603086
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 2.397.000	$ 6.063.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR CONSULTA EXTERNA

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	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Realizo seguimiento a la autorizaciones que no esten vencidas y que vengan para este centro de atencion
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario	se generan contra los soportes que presente el usuario 100%
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	se elaboran recibos de caja segúm el valor a pagar del paciente
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	A diario se realiza el cierre de caja para la entrega de dinero
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	A diario se realiza el cierre de caja para la entrega de dinero
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Se entregan factura a diario el revisor con su respectivo listado
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	se hace correccion a las facturas que fueron devueltas por los revisores de cuentas
8	Brindar 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.	Se brinda apoyo para soporta, generar, entregar facturas
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	nos retroalimentan acerca de las normas vigentes
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área	Se asiste a las reuniones indicadas

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

flor rodriguez
Firma del Contratista

C.C. 51.994.913 de BOGOTA

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

compensar · miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51984913	FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN	KRA 51 F BIS NO 38 B 31 SUR	7240077	flor.y.r@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	I	13/02/2018	25603086	$243.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	5	700	0	98.400	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	125.000	0	0	0	0	8	900	0	125.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19.100				19.100	8	200	19.300			19	19.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	98.400
Pensión	1	125.000	125.900
Riesgos Laborales	1	19.100	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	243.600

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	51994913	FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN		KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR	7240077	flor.y.r@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	.	13/02/2018	25603086	$243.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cot.sede	Subtipo	Extranjero	Cotiza.exterior	Exonerado	R/S	VSP	TDE	TAE	TDP	TAP	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51994913	RODRIGUEZ BELTRAN FLOR INES	59	0			N																25-14	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0