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 1423 2021 **C.D.P. No.:** 78 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION
Unidad a la que pertenece: CAPS DIANA TURBAY

Nombre del Contratista: DIANA ANGULO CASTEBLANCO **C.C.** 52.448.130 **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	$ 1.600.000	2173	2021-07-16	2021-08-15
3	$ 1.600.000	2426	2021-08-16	2021-09-15
4	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
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	860203449
2	FEBRERO	$ 1.600.000	$ 281.200	891106898
3	MARZO	$ 1.600.000	$ 281.200	48538360
4	ABRIL	$ 1.600.000	$ 281.200	8349251476
5	MAYO	$ 1.600.000	$ 281.200	49926756
6	JUNIO	$ 1.600.000	$ 281.200	50570674
7	JULIO	$ 1.600.000	$ 281.200	51234447
8	AGOSTO	$ 1.600.000	$ 281.200	51234447
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	$ 12.800.000	$ 12.000.000	$ 800.000

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:** 2021-08-01 **Hasta:** 2021-08-31

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, 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 Area De Tesorería.7.Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area 8.Corrego 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

Firma del Contratista

C.C. 52.448.130 **de** BOGOTÁ D.C

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

Cuenta de cobro 008 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DIANA ANGULO CASTEBLANCO

C.C 52.448.130 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 1423 2021 correspondiente al mes de AGOSTO 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,

DIANA ANGULO CASTEBLANCO
C.C 52448130
Teléfono 3002002887
Direccion Calle 40 A # 1d-29sur
No Cuenta 84802800885 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/08/2021

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52448130	DIANA ANGULO CASTEBLANCO	CALLE 40 A 1 D- 29 SUR	7165960	dianca7@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-06	2021-06	I	09/07/2021	51234447	$281.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

PAGADA

1423

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

FACTURAS REALIZADAS



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.
900959051

Fecha Actual : viernes, 20 agosto 2021

Página 1/1

REGISTRO DE SERVICIOS
00000001120750

Fecha : 20 ago. 2021 09:57 a. m.

Paciente	35491446	DORA LUCIA RODRIGUEZ ROMERO	**Tipo**	Subsidiado
Entidad	EPSS34	CAPITAL SALUD EPS-S	**NIT**	900298372
Dirección	CL 77 A N 12 A - 35		**Teléfono**	018000122219
Plan	RS202	PGP CAPITAL SALUD EPS	**Edad**	65 Años \ 9 Meses \ 21 Días
Estrato	2	SUBSIDIADO NIVEL 1	**Sexo**	Femenino
Centro	SDT	CAPS DIANA TURBAY	**Ingreso**	12458807
Empresa			**Fec Ingreso**	20 ago. 2021 9:56
Fec Egreso	20 ago. 2021 9:56		**Usuario**	52448130 - DIANA ANGULO CASTEBLANCO

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO					
19981-1	VITAMINA D 25 HIDROXI TOTAL [D2D3] [CALCIFEROL] Médico : 7228203 - NESTOR CASTAÑEDA ANGEL	1,00	$99,939.00	$0.00	$99,900.00

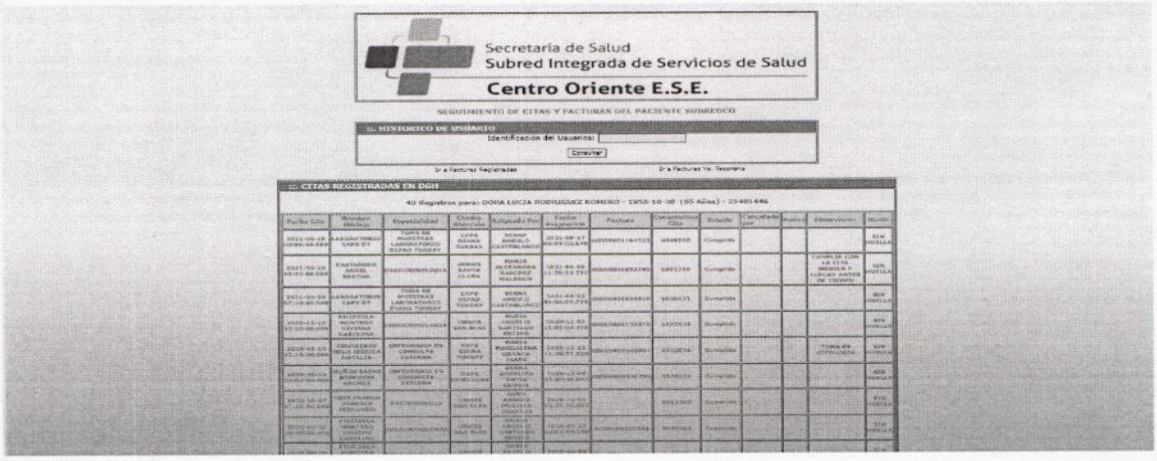
VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$99,900.00
VALOR RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0.00
VALOR ANTICIPO	$0.00
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	$0.00
VALOR IVA	$0.00
VALOR DESCUENTO	$0.00
VALOR FRANQUICIA	$0.00
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$99,900.00

TOTAL: NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

FIRMA RESPONSABLE **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **REVISOR**

Printing

CITAS ASIGNADAS



Autorizaciones

Comunidad de prestadores

A-0005230151

- Imprimir esta página
- Agrupar todo | Pagar todo

Información del afiliado

Documento	CC 1031142598	Afiliado	NEIDY ARAGON
Direccion	DIAGONAL 34 NUMERO 5-43	Rango Salarial	ND
Usuario Tramitador	Carol Omaira Peña Castañeda	Telefono Afiliado	3227415582
Usuario Validador			
Segundo Usuario Validador			
Es Propietario	✓		
Tramitado por	Direccionar		
Fecha suspensión emergencia sanitaria			

Información del proovedor

IPS Solicitante	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Sede de Atención	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD VICTORIA
IPS	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	Telefono	
CodigoHabilitacion	110013026929		

Información de cita

Fecha Orden	19/08/2021	Fecha Solicitud	19/08/2021
Fecha Cita	19/08/2021	Hora Cita	12:00 AM
Profesional Salud	N/A	Ubicación	BOGOTÁ. D.C
Referencia		Respuesta Referencia	
Fecha de aprobación	19/08/2021		

Valores de cobros

Total copago para el evento	$414.058,00	Tope copago anual	$414.058,00
Valor copago/cuota moderadora cancelado		Acumulado copago anual	
Valor copago/cuota moderadora a cancelar	$0,00	Recibo de caja copago	
Valor copago/cuota exoneradora	0,00		
Valor Neto	23.323,00		

VERIFICACION DERECHOS

ADRES

La salud es de todos — Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	80374712
NOMBRES	JORGE HERNAN
APELLIDOS	MOLINA CALDERON
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/****
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C
MUNICIPIO	BOGOTA D.C

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACION EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACION DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SAS "CAPITAL SALUD EPS-S S.A.S."	SUBSIDIADO	25/05/2016	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión | 08/20/2021 10:12:29 | Estación de origen | 192.168.70.220

CAPACITACION



CAPACITACION HUMANIZACION

Marlery Ramos

CAPACITACION HUMANIZACION
Ver en Calendario de Google
Cuándo: vie 20 ago 2021 8pm – 9pm (UTC)
Quién: alexxa275@gmail.com, arisperu333@gmail.com, israel921007.21@gmail.com, Auxiliar Radicacion...
Sí Quizás No Más opciones

Agenda
vie 20 ago 2021
No hay eventos anteriores
8pm CAPACITACION HUMANIZACION
No hay eventos posteriores

Reunión de Microsoft Teams

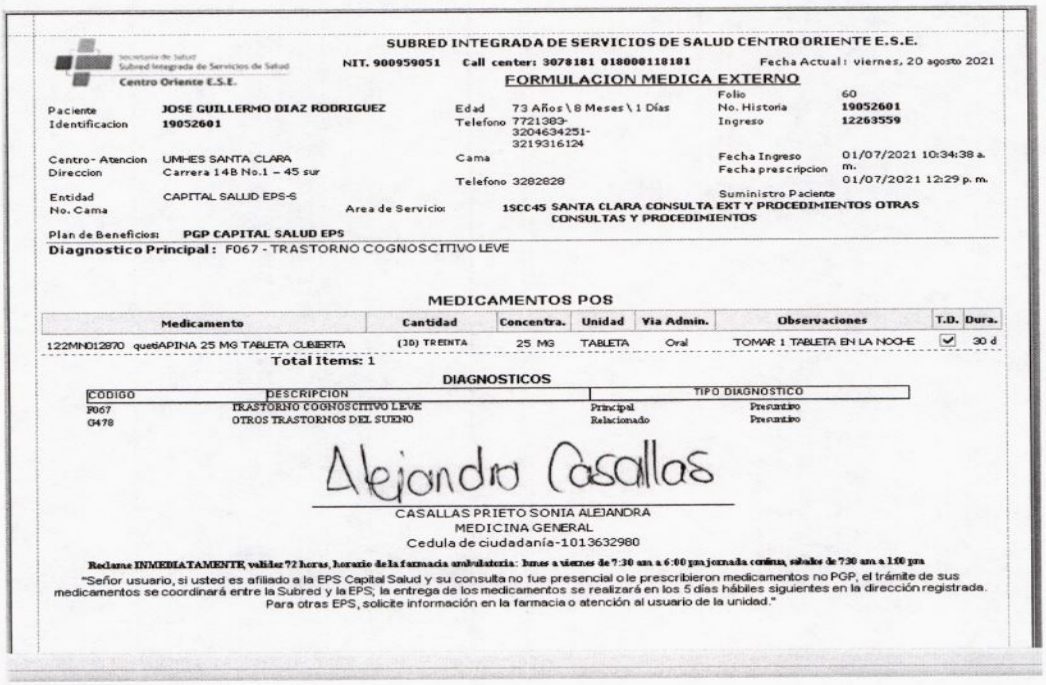
Únase a través de su PC o aplicación móvil
Haga clic aquí para unirse a la reunión

Información | Opciones de reunión

[Mensaje acortado] Ver mensaje completo

invite.ics Descargar

ORIENTACION AL USUARIO



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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

NIT. 900959051 Call center: 3078181 018000118181 Fecha Actual: viernes, 20 agosto 2021

FORMULACION MEDICA EXTERNO

				Folio	60
Paciente	JOSE GUILLERMO DIAZ RODRIGUEZ	Edad	73 Años \ 8 Meses \ 1 Días	No. Historia	19052601
Identificacion	19052601	Telefono	7721383-3204634251-3219316124	Ingreso	12263559
Centro- Atencion	UMHES SANTA CLARA	Cama		Fecha Ingreso	01/07/2021 10:34:38 a. m.
Direccion	Carrera 14B No.1 – 45 sur	Telefono	3282828	Fecha prescripcion	01/07/2021 12:29 p. m.
Entidad	CAPITAL SALUD EPS-S			Suministro Paciente	
No. Cama		Area de Servicio:	1SCC4S SANTA CLARA CONSULTA EXT Y PROCEDIMIENTOS OTRAS CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS		

Plan de Beneficios: **PGP CAPITAL SALUD EPS**

Diagnostico Principal: F067 - TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE

MEDICAMENTOS POS

Medicamento	Cantidad	Concentra.	Unidad	Via Admin.	Observaciones	T.D.	Dura.
122MND12870 quetiAPINA 25 MG TABLETA CUBIERTA	(30) TREINTA	25 MG	TABLETA	Oral	TOMAR 1 TABLETA EN LA NOCHE	☑	30 d

Total Items: 1

DIAGNOSTICOS

CODIGO	DESCRIPCION	TIPO DIAGNOSTICO	
F067	TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE	Principal	Presuntivo
G478	OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO	Relacionado	Presuntivo

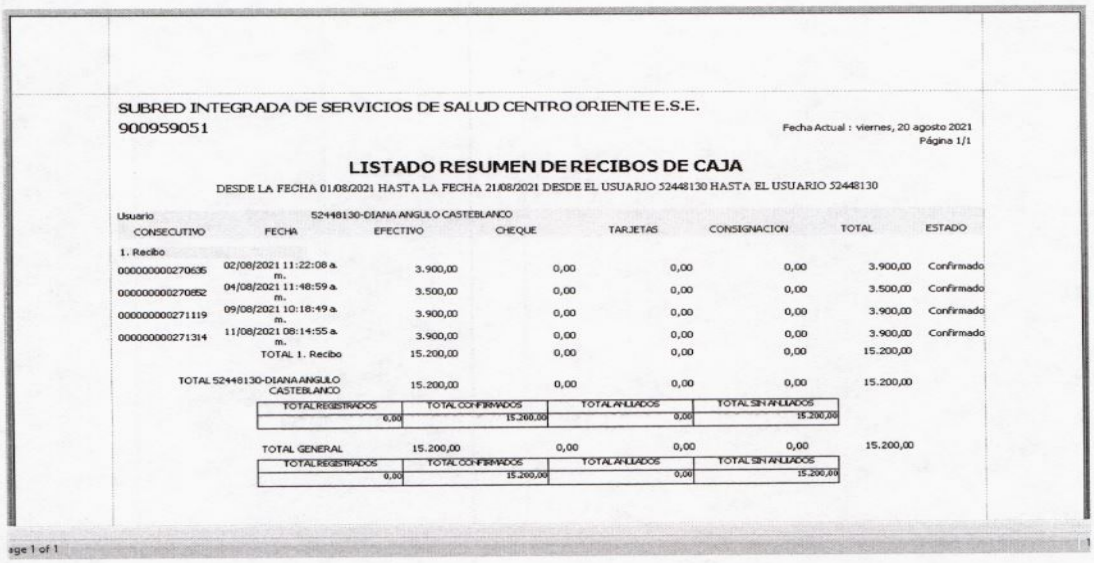
Alejandro Casallas

CASALLAS PRIETO SONIA ALEJANDRA
MEDICINA GENERAL
Cedula de ciudadanía-1013632980

Reclame INMEDIATAMENTE, validez 72 horas, horario de la farmacia ambulatoria: lunes a viernes de 7:30 am a 6:00 pm jornada continua, sabados de 7:30 am a 1:00 pm

"Señor usuario, si usted es afiliado a la EPS Capital Salud y su consulta no fue presencial o le prescribieron medicamentos no PGP, el trámite de sus medicamentos se coordinará entre la Subred y la EPS; la entrega de los medicamentos se realizará en los 5 días hábiles siguientes en la dirección registrada. Para otras EPS, solicite información en la farmacia o atención al usuario de la unidad."

RECIBOS DE CAJA



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

Fecha Actual : viernes, 20 agosto 2021
Página 1/1

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

DESDE LA FECHA 01/08/2021 HASTA LA FECHA 21/08/2021 DESDE EL USUARIO 52448130 HASTA EL USUARIO 52448130

Usuario 52448130-DIANA ANGULO CASTEBLANCO

CONSECUTIVO	FECHA	EFECTIVO	CHEQUE	TARJETAS	CONSIGNACION	TOTAL	ESTADO
1. Recibo							
000000000270635	02/08/2021 11:22:08 a. m.	3.900,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00	Confirmado
000000000270852	04/08/2021 11:48:59 a. m.	3.500,00	0,00	0,00	0,00	3.500,00	Confirmado
000000000271119	09/08/2021 10:18:49 a. m.	3.900,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00	Confirmado
000000000271314	11/08/2021 08:14:55 a. m.	3.900,00	0,00	0,00	0,00	3.900,00	Confirmado
	TOTAL 1. Recibo	15.200,00	0,00	0,00	0,00	15.200,00	
	TOTAL 52448130-DIANA ANGULO CASTEBLANCO	15.200,00	0,00	0,00	0,00	15.200,00	

TOTAL REGISTRADOS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
0,00	15.200,00	0,00	15.200,00

TOTAL GENERAL	15.200,00	0,00	0,00	0,00	15.200,00

TOTAL REGISTRADOS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
0,00	15.200,00	0,00	15.200,00