1499

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 1499 2021 **C.D.P. No.:** 78

**Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION

**Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** MARIA PATRICIA ARIAS FONSECA **C.C.** 52.656.249 **de:** VILLETA

**Fecha Inicio:** 16 DE ENERO DE 2021 **Fecha Terminación incial:** 15 DE ABRIL DE 2021 **Valor Mensual:** $ 2.380.000 **Valor a cobrar:** $ 2.380.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 7.140.000 | 1066 | 2021-04-16 | 2021-07-15 |
| 2 | $ 2.380.000 | 2173 | 2021-07-16 | 2021-08-15 |
| 3 | $ 2.380.000 | 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 | $ 1.190.000 | $ 288.900 | 47624707-48146523 |
| 2 | FEBRERO | $ 2.380.000 | $ 319.100 | 48602739 |
| 3 | MARZO | $ 2.380.000 | $ 319.100 | 911250502 |
| 4 | ABRIL | $ 2.380.000 | $ 294.600 | 49679083 |
| 5 | MAYO | $ 2.380.000 | $ 294.600 | 50534753 |
| 6 | JUNIO | $ 2.380.000 | $ 294.600 | 51140189 |
| 7 | JULIO | $ 2.380.000 | $ 294.600 | 1049168462 |
| 8 | AGOSTO | $ 2.380.000 | $ 294.600 | 1083308338 |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 7.140.000 | $ 19.040.000 | $ 17.850.000 | $ 1.190.000 |

## 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. Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador.2.Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.3.Verificar que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB.4. Realizar las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna.5. Consolidar las causales de devolución de las facturas.6.Generar las relaciones de envió y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las facturas a radicar a las EAPB.7.Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.8.Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. 9.Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.10. Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas.10. Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a las normatividad vigente.11.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.12.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S .13.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área .14.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. | 1.Recepciono a diario las facturas generadas y organizo por pagador.2.Verifico contra historia clínica que se encontraran facturadas y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.3.Verifico que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB.4. Realizo las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna.5. Consolido las causales de devolución de las facturas.6.Genero las relaciones de envió y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las facturas a radicar a las EAPB.7.Garantizo la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.8.Informo oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. 9.Realizo desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.10. Registro y subio las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas.10. Dio respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a las normatividad vigente.11.Brindo el apoyo necesario y realizo planes de contingencia en el momento en que no se conto con el sistema de información DGH y bases de datos.12.Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S .13.Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área .14.Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. | Durante el periodo comprendido del mes de Abril, se realizó el cumplimiento del 100% de las actividades y obligaciones contenidas en el contrato. Se anexa 1 folio de las evidencias. |

**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

María Patricia Arias Fonseca.
**Firma del Contratista**

**C.C.** 52.656.249 **de** VILLETA

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

MR

**Cuenta de cobro 008 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**
MARIA PATRICIA ARIAS FONSECA
C.C 52.656.249 de la ciudad de VILLETA

**LA SUMA DE:**

| | | |
|---|---|---|
| **DOS MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE** | **$** | **2.380.000** |

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1499 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,**

María Patricia Arias Fonseca

MARIA PATRICIA ARIAS FONSECA
C.C 52656249
Teléfono 3115411287
Direccion CALLE 65 SUR #7D-70
No Cuenta 3195543576 AHORROS BANCOLOMBIA
Fecha: 31/08/2021

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

**DATOS GENERALES**

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO | PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO | NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA (PUBLICA / PRIVADA / MIXTA) | CLASE DE APORTANTE (PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE) | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 52656249- | MARIA PATRICIA ARIAS FONSECA | U ☑ C ☐ S ☐ D ☐ | | | 2021 | 7 | 2021 | 52422[illegible] | | ☐ / ☐ / ☑ | ☐ / ☐ / ☑ | 14-29 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| calle 65 sur no 7 d 70 t 13 apt 402 | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 8071464 | 7672251 | pattya598@gmail.com | 8413 | 0 | 1 | 2021/08/04 | 1083308338 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA**

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | 800251440-6 | 119.000 | 0 | | 0 | | 0 | 119.000 | 0 | 0 | 0 | 119.000 | 0 | | 0 | 0 | 119.000 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA**

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | 800229739-0 | 152.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 152.400 | 1 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES**

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-29 | 830008686-1 | 23.200 | | 0 | 0 | 23.200 |

| DIAS MORA | INTERES MORA COTI | SUBTOTAL APORT COTIZ | No. RADICAC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 23.200 | | 0 | 232 | 23.200 |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP**

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA**

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA**

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| ICBF | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| SENA | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJÁS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,IMAJRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 152.400 | 152.400 |
| SALUD | 119.000 | 119.000 |
| RIESGOS LABORALES | 23.200 | 23.200 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 294.600 | 294.600 |

1144

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 | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUSTITO COTIZANTE | EXTranjero | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 52656249 | ARIAS FONSECA MARIA PATRICIA | EPS005 | 230201 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 952.000 | 952.000 | 0 | 952.000 | 0 | | | 152.400 | 0 | 0 | 119.000 | 0 |

| ACTIVIDADES AGOSTO<br>MARÍA PATRICIA ARIAS FONSECA<br>CC 52656249 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 21-jul | 22-jul | 23-jul | 24-jul | 25-jul | 26-jul | 27-jul | 29-jul | 2-ago | 4-ago | 6-ago | 7-ago | 8-ago | 9-ago | 16-ago | 18-ago | 20-ago | 21-ago |
| REALIZAR CENSO HOSPITALARIO (Mañana y tarde) enviar a los correos correspondientes y facturadores de turno | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| SEGUIMIENTO A INGRESOS ABIERTOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| SEGUIMIENTO A PAGADORES | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN DE PAGADORES PACIENTES HOSPITALIZADOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN TOPES SOAT - REPORTE A SIRAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN CORTES | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN MIPRES Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| REPORTE DE HALLAZGOS QUIRÚRGICOS A AUTORIZACIONES | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN DE COPAGOS - INFORMAR A USUARIOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| ASIGNACIÓN DE CUENTAS A FACTURADORES DE TURNO | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN Y COTIZACIONES -COPAGOS DE PROCEDIMIENTOS PROGRAMADOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| APOYO EN DEMAS TAREAS ASIGNADAS POR LA REFERENTE | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| CARGUE DE CIRUGÍAS PACIENTES HOSPITALIZADOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| CARGUE CUENTAS UCI3 | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| SEGUIMIENTO Y SOLICITUD DE MIPRES- HOSPITALIZADOS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| SEGUIMIENTO AL ARCHIVO DE CIRUGÍAS | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| VERIFICACIÓN DE ESTANCIAS PARA SOPORTE AL ÁREA DE AUTORIZACIONES | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| APOYO AL FACTURADOR | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |