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 1518 2021	**C.D.P. No.:**	78	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRAL ARMADO DE CUENTAS - SUBREDCO

Nombre del Contratista: OMAR YESID CORTES FORERO **C.C.** 79.778.035 **de:** BOGOTÁ D.C

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	$ 2.380.000	2905	2021-09-16	2021-10-15
5	$ 0	0		
6	$ 0	0		
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	48113145
2	FEBRERO	$ 2.380.000	$ 291.800	48614061
3	MARZO	$ 2.380.000	$ 291.800	49406812
4	ABRIL	$ 2.380.000	$ 294.600	50086653
5	MAYO	$ 2.380.000	$ 294.600	5068993250750675
6	JUNIO	$ 2.380.000	$ 294.600	51273726
7	JULIO	$ 2.380.000	$ 294.600	51360429
8	AGOSTO	$ 2.380.000	$ 294.600	52028597
9	SEPTIEMBRE	$ 2.380.000	$ 294.600	52721079
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	$ 21.420.000	$ 20.230.000	$ 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:** 2021-09-01 **Hasta:** 2021-09-30

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.	Realicé la impresión de facturas de las entidades asignadas para soporte Entregué las facturas impresas al area de autorizaciones para anexo de sporte adminsitrativo de autorizacion del los servicios facturados Imprimí los soportes de historia clínica, laboratorios, apoyo diagnostico, mipres garantizando el cumplimiento del anexo 5 de la resolución 3047 Consulté y soporté las ordenes de salida en el correo asignado para tal fin. Entregué diariamente las facturas armadas y soportadas al armado de cuentas Subsané las diferentes inconsistencias en el armado de cuentas en cada una de las facturas Garanticé la entrega oportuna de la totalidad de facturas asignadas en las fechas establecidas para la radicación Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. Realizó demás actividades que asignó el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.	En el periodo comprendido se realizó el cumplimiento al 100% del desarrollo de las actividades contratadas, se anexan folios con 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

Firma del Contratista

C.C. 79.778.035 **de** BOGOTÁ D.C

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

1510

Cuenta de cobro 009 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

OMAR YESID CORTES FORERO

C.C 79.778.035 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

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 1518 2021 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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,

OMAR YESID CORTES FORERO
C.C 79778035
Teléfono 3012967040
Direccion CRA 2A #17A-35 SUR
No Cuenta 8480294548 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 30/09/2021

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	OMAR YESID CORTES FORERO	**Nit:**	79778035
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Agosto 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Agosto 2021
Número de radicación:	52721079	**Total a pagar:**	$294,600
Fecha de vencimiento:	08/09/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	17/09/2021	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	1134004850
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-25	800226175	Riesgos Profesionales Colmena	1		$0.00	$23,200
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$152,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$119,000
						$294,600

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. Acerca de los certificados SSL icontec ISO / IEC 27001 CO-SI006-1 icontec ISO 9001 CO-SC5892-16

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	79778035	OMAR YESID CORTES FORERO	CRA 2 A # 17-35 SUR APTO 302 INTE 24	2724414	omaroxsa@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-08	2021-08	I	17/09/2021	52721079	$294.600	

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	119.000	0		0		0	0	0	0	119.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	152.400	0	0	0	0	0	0		152.400	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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	23.200				23.200	0	0	23.200			232	23.200	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	119.000	119.000
Pensión	1	152.400	152.400
Riesgos Laborales	1	23.200	23.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	294.600	294.600

PAGADA

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

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	79778035	OMAR YESID CORTES FORERO	CRA 2 A # 17-35 SUR APTO 302 INTE 24	2724414	omaroxsa@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	
2021-08	2021-08	I	17/09/2021	52721079	$294.600	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	RHS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COBERCCIÓN	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
CC	79778035	CORTES FORERO OMAR YESID	59	0			N																	230201	952.000	152.400	0	0	0	0	EPS008	952.000	119.000	14-25	952.000	3	23.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ACTIVIDADES SEPTIEMBRE OMAR CORTES

1.Recepcione a diario en la traza las facturas generadas y organice por pagador.
2.Verifique que la facturas contengan soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB.
4. Realice las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna.
5.Genere las relaciones de envió y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las facturas a radicar a las EAPB en este caso Ecoopsos, Convida y Sanitas.
6.Garantice la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.
7.Informe oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas.
9. Registré y subí las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas y se escaneo los soportes para Convida y Ecoopsos.
10.Brinde 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.
11.Realice actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S .
12.Asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área .
13.Realice las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.

ENTIDAD	RADICADO	VALOR	NUMERO DE FACTURAS
sanitas contributivo	460377	$ 49.456.412	79
sanitas contributivo	460395	$ 62.865.294	84
sanitas contributivo	460456	$ 37.311.950	26
sanitas contributivo sars	460458	$ 960.000	16

sanitas subsidiado	460378	$ 174.875.105	30
sanitas subsidiado	460432	$ 44.859.124	51
sanitas subsidiado sars	460459	$ 360.000	6
sanitas subsidiado consulta externa	460391	$ 19.073.700	300
sanitas subsidiado consulta externa	460477	$ 17.471.800	263
sanitas subsidiado consulta externa	460506	$ 8.621.932	48
sanitas subsidiado consulta externa	460572	$ 1.292.771	17
convida subsidiado	460393	$ 247.446.827	59
convida subsidiado	460430	$ 62.917.665	13
convida subsidiado	460540	$ 53.665.755	6
convida subsidiado covid	460426	$ 1.200.000	19
convida subsidiado oficioso	460431	$ 29.218.149	1
convida contributivo	460424	$ 13.110.461	3
convida contributivo covid	460425	$ 60.000	1
ecoopsos subsidiado	460421	$ 137.536.300	36
ecoopsos contributivo	460422	$ 7.167.330	4
ecoopsos subsidiado covid	460423	$ 240.000	4
ecoopsos contributivo covid	460427	$ 60.000	1
axa colpatria medicina prepagada	460597	$ 227.237	1