1528

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 1528 2021 **C.D.P. No.:** 78 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION
**Unidad a la que pertenece:** UMHES SANTA CLARA

**Nombre del Contratista:** SONIA ESPITIA CASTELLANOS **C.C.** 52.131.951 **de:** BOGOTÁ D.C

**Fecha Inicio:** 16 DE ENERO DE 2021 **Fecha Terminación incial:** 15 DE ABRIL DE 2021 **Valor Mensual:** $ 1.760.000 **Valor a cobrar:** $ 1.760.000

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 5.280.000 | 1066 | 2021-04-16 | 2021-07-15 |
| 2 | $ 1.760.000 | 2173 | 2021-07-16 | 2021-08-15 |
| 3 | $ 1.760.000 | 2426 | 2021-08-16 | 2021-09-15 |
| 4 | $ 1.760.000 | 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 | $ 880.000 | $ 271.700 | 7774429351 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7776780501 |
| 3 | MARZO | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7776781291 |
| 4 | ABRIL | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7780685238 |
| 5 | MAYO | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7784111082 |
| 6 | JUNIO | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7787437541 |
| 7 | JULIO | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7791265915 |
| 8 | AGOSTO | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7801500341 |
| 9 | SEPTIEMBRE | $ 1.760.000 | $ 281.200 | 7804520696 |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |
| 14 | | | | |
| 15 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.280.000 | $ 15.840.000 | $ 14.960.000 | $ 880.000 |

## 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, registrar y confirmar las órdenes de servicio,2.Verificar contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura,3.Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermería,4.Registrar la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.)5.Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad.6.Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES)7.Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras.8.Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.9.Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario.10.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.11.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería.12.Diligenciar la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.13.Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.14.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.15.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.16.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.17.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.18.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.19.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.20.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. | 1.Recepciono, registro y confirmo las órdenes de servicio,2.Verifico contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura,3.Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermería,4.Registro la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.)5.Tramito ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad.6.Verifico y adjunto los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES)7.Adjunto el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras.8.Egreso oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.9.Genero Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario.10.Elaboro factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. | 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.** 52.131.951 **de** BOGOTÁ D.C

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

18

1528

**Cuenta de cobro 009 - 2021**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

SONIA ESPITIA CASTELLANOS

C.C 52.131.951 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

**LA SUMA DE:**

| | | |
|---|---|---|
| **UN MILLON SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE** | **$** | **1.760.000** |

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1528 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,**

SONIA ESPITIA CASTELLANOS
C.C 52131951
Teléfono 3153247650
Direccion CALLE 61A #100A-61 SUR
No Cuenta 4870301746 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 30/09/2021

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | 1 | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52131951 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SONIA ESPITIA CASTELLANOS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | | CALLE 61 A N 100 A 91 SUR | TELÉFONO: 7349677 |
| TIPO APORTANTE: | | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | | ÚNICO | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 7804520696 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/08/20 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1101231972 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | 1 | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 22.200 | $ 22.200 | $ 0 | $ 0 | $ 22.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 22.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 22.200** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RESIDENTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | COR | VSP | VST | SLN | CODI | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52131951 | ESPITIA CASTELLANOS SONIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 800209488 | $ 22.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 281.200 |
|---|---|

Planilla Pagada

UNIDAD SANTA CLARA

## ACTIVIDADES MES DE AGOSTO 20 a SEPTIEMBRE 20 2021 - SONIA ESPITIA

TOTAL DEL MES

| No. | ACTIVIDAD | FECHA | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | TOTAL POR ACTIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Facturacion en ventanilla. | | | | | 0 | | 0 | | 1 | 0 | 0 | | 0 | | 1 | | | | 0 | | 1 | | 0 | 0 | 1 | | 0 | | 0 | | | | 1 | |
| 2 | INGRESOS FACTURADOS | | | | | 7 | | 7 | | 7 | 8 | 5 | 2 | 9 | | 9 | | | | 11 | | 10 | | 8 | 6 | 7 | | 8 | | 7 | | | | 9 | |
| 3 | Soportes a central de revision. | | | | | 6 | | 10 | | 6 | 7 | 5 | | 9 | | 11 | | | | 11 | | 10 | | 8 | 6 | 7 | | 8 | | 9 | | | | 9 | |
| 4 | Solicitudes a soporte. | | | | | 2 | | 1 | | 0 | 2 | 0 | | 2 | | 1 | | | | 2 | | 2 | | 2 | 1 | 0 | | 3 | | 3 | | | | 1 | |
| 5 | Cargue de informacion | | | | | 2 | | 2 | | 1 | 0 | 3 | | 0 | | 0 | | | | 2 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | | | 0 | |
| 6 | Reporte de pacientes covid. | | | | | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 1 | | 1 | | 0 | | | | 0 | | 2 | | 0 | 2 | 0 | | 1 | | 0 | | | | 0 | |
| 7 | Realizacion de pagares. | | | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | | 0 | | 0 | | | | 0 | |
| TOTAL DE ACTIVIDADES | | | 0 | 0 | 0 | 17 | 0 | 20 | 0 | 15 | 19 | 14 | 2 | 21 | 0 | 22 | 0 | 0 | 0 | 26 | 0 | 25 | 0 | 18 | 15 | 15 | 0 | 20 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 20 | 0 |

SONIA ESPITIA

TOTAL FACTURAS 205