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 – GESTION 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 6014 2021	**C.D.P. No.:**	1399	**Proceso al que pertenece:**	URGENCIAS / ASISTENCIAL / AUTORIZACIONES Y ADMISIONES
				Unidad a la que pertenece:	UMHES SAN BLAS

Nombre del Contratista: OMAIRA ANZOLA VARGAS **C.C.** 52.739.868 **de:** BOGOTÁ D.C

Fecha Inicio: 2021-05-07 **Fecha Terminación incial:** 2021-06-15 **Valor Mensual:** $ 1.760.000 **Valor a cobrar:** $ 1.987.080

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 3.285.333	1738	1/04/2021	15/08/2021
2	$ 2.895.485	2310	1/05/2021	15/09/2021
3	$ 198.709	2826	16/06/2021	30/09/2021
4	$ 880.000	3101	16/08/2021	15/10/2021
5	$ 1.108.000	0	16/09/2021	31/10/2021
6	$ 16.000			
7				
1				
2				
3				
4				
5				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	MAYO	$ 1.349.333	$ 0	0
2	JUNIO	$ 1.760.000	$ 215.600	51204680 - 21268897
3	JULIO	$ 2.214.194	$ 281.200	8351746292
4	AGOSTO	$ 1.760.000	$ 281.200	8352475140
5	SEPTIEMBRE	$ 1.760.000	$ 281.200	8353121584
6	OCTUBRE	$ 1.987.080	$ 281.200	53733935
7				
1				
2				
3				
4				
5				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.464.000	$ 10.847.527	$ 10.830.607	$ 16.920

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:** 2021-10-01 **Hasta:** 2021-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Registrar e ingresar la totalidad de los usuarios en sistema de información Dinámica Gerencial en el modulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias.	Registre la totalidad de los usuarios en sistema de información Dinámica Gerencial en el modulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias.	Notificación de mis actividades realizadas a la dirección.
2	2 Registrar la información de los usuarios en el sistema de información DGH tales como N° de documento de identidad, nombres y apellidos, dirección, teléfono, nombre del acompañante.	Registre la información de los usuarios en el sistema de información DGH tales como N° de documento de identidad, nombres y apellidos, dirección, teléfono, nombre del acompañante.	Tramite de soluciones a problemas que presentaron los colaboradores en la ejecución de sus actividades.
3	3. Apoyar el proceso de verificacion de ingreso yo reingreso de pacientes en el sistema de formación DGH, adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizar la información cuando corresponda.	Participe en el proceso de verificación de ingreso yo reingreso de pacientes en el sistema de formación DGH, adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizar la información cuando corresponda.	Notificacion de mis actividades realizadas a la direccion.
4	4. Verificar en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, etc), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por numero de documentos como por nombres y apellidos.	Verifique en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador, Web, etc), el estado de afiliacion del paciente o los pacientes, tanto por numero de documentos como por nombres y apellidos.	Notificacion de mis actividades realizadas a la direccion.
5	5. Imprimir y guardar registro en SIES Todos los pantallazos de afiliación del paciente.	Imprimir y guardar registro en SIES Todos los pantallazos de afiliación del paciente.	Informe mensual de indicadores de la direccion.
6	6. Apoyar y entregar los formatos de consulta de urgencias a los usuarios los pacientes que lo requieran.	Entregue los formatos de consulta de urgencias a los usuarios los pacientes que lo requieran.	Tramite de soluciones a problemas que presentaron los colaboradores en la ejecución de sus actividades.
7	7. Realizar las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda.	Realice las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda.	Informes a mesa de ayuda de equipos averiados o revisiones tecnicas de los elementos que lo requirieron.
8	8. Verificar en todos los casos la seguridad social del paciente, independientemente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir linea de pago.	Verifique en todos los casos la seguridad social del paciente, independientemente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir linea de pago.	Informes a mesa de ayuda de equipos averiados o revisiones tecnicas de los elementos que lo requirieron.
9	9. Realizar el censo de pacientes que se encuentra en el servicio a cargo, verificando cama por cama contra historia clinica los procedimientos realizados, el estado de afiliación del paciente y realizar las correcciones en casos en los que se detecten errores en la definicion de linea de pago.	Realice el censo de pacientes que se encuentra en el servicio a cargo, verificando cama por cama contra historia clinica los procedimientos realizados, el estado de afiliación del paciente y realizar las correcciones en casos en los que se detecten errores en la definición de linea de pago.	Informe mensual de indicadores de la dirección.
10	10. Realizar la hospitalizacion y asignacion de cama en DGH de todos los pacientes a cargo.	Realice la hospitalización y asignacion de cama en DGH de todos los pacientes a cargo.	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones.
11	11. Realizar contacto con las Entidades para reporte solicitud de autorización de la atención de urgencias, orden de Hospitalización procedimientos adicionales a través de los medios establecidos en la Resolución 3047/2018 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado.	Realice contacto con las Entidades para reporte solicitud de autorización de la atención de urgencias, orden de Hospitalización procedimientos adicionales a través de los medios establecidos en la Resolución 3047/2018 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado.	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones.
12	12. Verificar en el correo electrónico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se les haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos, con el fin de garantizar que se emita la autorizacion correspondiente.	verifique el correo electrónico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se les haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos, con el fin de garantizar que se emita la autorización correspondiente.	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones.
13	13. Registrar en matriz de seguimiento y base de datos (SIHES) el resultado de la autorización u observaciones pertinentes en cada solicitud.	Registre en la matriz de seguimiento y base de datos (SIHES) el resultado de la autorización u observaciones pertinentes en cada solicitud.	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones.
14	14. Reportar a la dependencia de Trabajo Social o la que haga sus veces los casos donde deben intervenir identificacion o novedades en afiliación).	Reporte a la dependencia de Trabajo Social o la que haga sus veces los casos donde deben intervenir identificación o novedades en afiliación).	Notificación de mis actividades realizadas a la dirección.
15	15. Verificar que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con la autorización correspondiente.	Verifique que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con la autorización correspondiente.	Notificación de mis actividades realizadas a la dirección.
16	16. Entregar contra registro en libro de reporte de la totalidad de las novedades que se presenten en ejecucion del objeto contractual.	Registre en el libro de reporte de la totalidad de las novedades que se presenten en ejecución del objeto contractual.	Registro en las actas de asistencia a capacitaciones.
17	17. Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS.	Actualice en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS.	Planillas de aportes sociales presentadas por los contratistas para tramite de cuenta de cobro.
18	18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Participe a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Continuidad de los contratos de la vigencia 2021 asociados a la direccion de urgencias.
19	19. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Realice las actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.	Notificación de mis actividades realizadas a la dirección.

Observaciones:

SIN NOVEDAD

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

Firma del Contratista

C.C. 52.739.868 **de** BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Maria Angelina Quiñones Sandoval
CARGO:	Directora de Urgencias
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 6

FECHA 31/10/2021

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

OMAIRA ANZOLA VARGAS
C.C. 52739868

LA SUMA DE

UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL OCHENTA PESOS ($1.987.080)

Por concepto de 30 DIAS Y 24 HORAS ADICIONALES, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. PS 6014 2021, con afiliación a ARL RIESGO 3 correspondiente al mes de OCTUBRE DE 2021.

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES COMO AUTORIZACIONES Y ADMISIONES, CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISION Y LA VISION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

OMAIRA ANZOLA VARGAS
C.C. No. 52739868
Teléfono: 3208728484 DIRECCION CALLE 74 # 14 C 27 SUR
N° CUENTA: 675941566 CUENTA DE AHORROS AV VILLAS

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	52739868	OVARA ANZOLA VARGAS	CL 74 10-13 SUR	7627876	mars0287@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				-	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-09	2021-09	1		53733935	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
23100	Colfondos	800227940-6	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

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