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 1507 2021 **C.D.P. No.:** 78 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION
Unidad a la que pertenece: CENTRAL DE REVISION - UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ **C.C.** 1.074.133.856 **de:** CAQUEZA

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	$ 2.380.000	3368	2021-10-16	2021-11-15
6	$ 0	0		
7	$ 0	0		
8	$ 0	0		
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	8347617134
2	FEBRERO	$ 2.380.000	$ 291.800	38352892
3	MARZO	$ 2.380.000	$ 294.600	834874983883493852 11
4	ABRIL	$ 2.380.000	$ 294.600	8349285100
5	MAYO	$ 2.380.000	$ 294.600	8350554370
6	JUNIO	$ 2.380.000	$ 294.600	8350775352
7	JULIO	$ 2.380.000	$ 294.600	8351459480
8	AGOSTO	$ 2.380.000	$ 294.600	8352123764
9	SEPTIEMBRE	$ 2.380.000	$ 294.600	8352809910
10	OCTUBRE	$ 2.380.000	$ 294.600	8353683402
11				
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 7.140.000	$ 23.800.000	$ 22.610.000	$ 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:** 2021-10-01 **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. 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, registro y confirmo las órdenes de servicio,2.Verifico contra historia clínica que se encontraran 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 adjuntar 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.Egresooportunamente 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.11.Legalizo 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.Diligencio la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.13.Recibo e ingreso los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.14.Realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.15.Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.16.Corregio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.17.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.18.Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.19.Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.20.Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	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. 1.074.133.856 **de** CAQUEZA

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

Cuenta de cobro 010 - 2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
C.C 1.074.133.856 de la ciudad de CAQUEZA

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 1507 2021 correspondiente al mes de OCTUBRE 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,

MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
C.C 1074133856
Teléfono 3002408030
Direccion CRA 16 #10A-08 SUR
No Cuenta 102647005 AHORROS BANCO DE BOGOTA
Fecha: 31/10/2021

1507

Señor(es): MAYRA ALEJANDRA GUTIERREZ ORTIZ
Nit: CC 1074133856
Dirección: CARRERA 73 C N 39 A 16 SUR
Teléfono: 5717445656 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	MAYRA ALEJANDRA GUTIE
Tipo y número de identificación	1074133856
Número de radicación planilla	8353683402
Fecha de pago	10/4/2021
Número de autorización de pago	1000000265
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Septiembre 2021
Periodo cotización pensión	Septiembre 2021
Periodo cotización caja	Septiembre 2021
Número de administradoras	4
Total Pagado	$313.700
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$23.200	1
230301	Porvenir	$152.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$19.100	1
EPS008	Compensar EPS	$119.000	1

PAGADO 1000000265

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

Cuenta de 1/10/2021 1:38	$ 3MLL A 5MLL									
FABIAN PABON	$ 1 MLL A 3MLL	$ 15MLL A 25 MLL	$ 3MLL A 5MLL	$ 5 MLL A 15 MLL	$0 A 1 MLL	MAYOR A $ 25 MLL	MAYOR A $ 50 MLL	MAYOR A $ 80 MLL	MAYOR A $100 MLL	Total general
ABEL PUENTES	53	2	18	20	1282				1	1376
ANDRES VARGAS	160	11	46	52	576	17	4			866
BARBARA VIQUE	194	14	59	65	519	9	1	1	1	863
CLAUDIA APARICIO	98	5	20	27	292	3	2			447
DIEGO SANCHEZ	199	13	57	69	562	15	3		4	922
FABIAN PABON	67	8	13	18	1159	3				1268
MARIO GUTIERREZ	100	15	39	43	437	5	5	3	2	649
MAYRA GUTIERREZ	88		20	19	261	5	3	1		397
PAOLA ALVARADO	164	3	45	48	597	7	4		1	869
ZULMA NIETO	188	16	62	71	546	8	2	1	2	896
Total general	**1311**	**87**	**379**	**432**	**6231**	**72**	**24**	**6**	**11**	**8553**