1400

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 1400 2021 **C.D.P. No.:** 78

Proceso al que pertenece: FINANCIERA - FACTURACION

Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA

Nombre del Contratista: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA **C.C.** 65.748.525 **de:** IBAGUE

Fecha Inicio: 16 DE ENERO DE 2021 **Fecha Terminación incial:** 15 DE ABRIL DE 2021 **Valor Mensual:** $ 1.600.000 **Valor a cobrar:** $ 1.600.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 4.800.000	1066	2021-04-16	2021-07-15
2	$ 1.600.000	2173	2021-07-16	2021-08-15
3	$ 1.600.000	2426	2021-08-16	2021-09-15
4	$ 1.600.000	2905	2021-09-16	2021-10-15
5	$ 1.600.000	3368	2021-10-16	2021-11-15
6	$ 2.400.000	3685	2021-11-16	2021-12-31
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	$ 800.000	$ 271.700	1000000253
2	FEBRERO	$ 1.600.000	$ 281.200	10000000153
3	MARZO	$ 1.600.000	$ 281.200	8348779178
4	ABRIL	$ 1.600.000	$ 281.200	8349492232
5	MAYO	$ 1.600.000	$ 281.200	8350146311
6	JUNIO	$ 1.600.000	$ 281.200	8350824664
7	JULIO	$ 1.600.000	$ 281.200	8351490210
8	AGOSTO	$ 1.600.000	$ 281.200	8352153474
9	SEPTIEMBRE	$ 1.600.000	$ 281.200	8352840187
10	OCTUBRE	$ 1.600.000	$ 281.200	8353524482
11	NOVIEMBRE	$ 1.600.000	$ 281.200	8354188946
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.800.000	$ 18.400.000	$ 16.800.000	$ 1.600.000

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:** 2021-11-01 **Hasta:** 2021-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1.Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizar datos personales del usuario a facturar.3.Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area.8.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.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.10.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	1. Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa. 2. G factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario. 3. Recibio e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios. 4. Elaboro y g factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente. 5. Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 6. Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 7. Corrigio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 8. Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos. 9. Actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 10. Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 11. 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

Berta Sanchez
Firma del Contratista

C.C. 65.748.525 **de** IBAGUE

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

Cuenta de cobro 11-2021

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
C.C 65.748.525 de la ciudad de IBAGUE

LA SUMA DE:

UN MILLON SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE	**$**	**1.600.000**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1400 2021 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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,

Berta Lucia Sanchez

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
C.C 65748525
Teléfono 3128733302
Direccion CALLE 35A SUR Nº 34 - 03
No Cuenta 102614690 AHORROS BANCO DE BOGOTA
Fecha: 30/11/2021

1400

Señor(es): BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
Nit: CC 65748525
Dirección: CL 35 A SUR NO 34 03
Teléfono: 2021004 **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	BERTA LUCIA SANCHEZ ME
Tipo y número de identificación	65748525
Número de radicación planilla	8354188946
Fecha de pago	11/3/2021
Número de autorización de pago	18391848
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Período cotización salud	Octubre 2021
Período cotización pensión	Octubre 2021
Período cotización caja	Octubre 2021
Número de administradoras	4
Total Pagado	$286.700
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$22.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$145.400	1
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Filar	$5.500	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

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

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	VST	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	APORTE VOLUNTARIO	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	65748525	SANCHEZ MEDINA BERTA LUCIA	EPS008	25-14	CCF21																			908.526	908.526	908.526	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Recuerde dar tratamiento

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA	**Nit:**	65748525
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Octubre 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Octubre 2021
Número de radicación:	8354188946	**Total a pagar:**	$286,700
Fecha de vencimiento:	08/11/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	03/11/2021	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	18391848
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
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$22,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$145,400
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$5,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$113,600
						$286,700

*Si descorte 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 transaccion

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

certicamara. Acerca de los certificados SSL

HOSPITAL SANTA CLARA

DEL 21 SEPTIEMBRE AL 20 DE OCTUBRE DE 2021 - BERTA SANCHEZ

INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES
(INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO).

No.	ACTIVIDAD	No.	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	######	
		DIA	martes	miercoles	jueves	viernes	sabado	domingo	lunes	martes	miercoles	jueves	viernes	sabado	domingo	lunes	mastes	miercoles	jueves	vierne	sabado	domingo	lunes	martes	miercoles	jueves	viernes	sabado	domibngo	lunes	martes	miercoles		
1	FACTURAS CONSULTA		106	73	101	116	0	0	158	134	129	16	PER	0	0	PER	PER	80	98	138	0	0	119	119	84	79	144	0	0	FES T	190	118		
2	FACTURAS AMED																																	
3	FACTURAS TELECONSULTA																																	
4	IMPRESIÓN/ SOPORTES DE PRE				2	2	2	2	2			3	3	3	3	3			2	2	2	2	2											