1218

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-LA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021 12 27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO OPS	PS 1218 2022	C.D.P No.:	51	Proceso que pertenece	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD DIANA TURBAY
Nombre del Contratista	ELIANA QUIÑONES ANGULO			C.C.	1 031 141 633 de BOGOTA DC
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2022	Fecha Terminación inicial:	30 DE ABRIL DE 2022	Valor Mensual:	$ 1.648.000 Valor a cobrar: $ 1 593.067

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 549 333	1298	2022-05-01	2022-05-10
2	$ 1 098.667	1443	2022-05-11	2022-05-31
3	$ 1 648 000	1709	2022-06-01	2022-06-30
4	$ 1 648 000	1931	2022-07-01	2022-07-31
5	$ 1 098 667	2303	2022-08-01	2022-08-20
6	$ 549 333	2629	2022-08-31	2022-08-31
7	$ 1 648 000	2754	2022-09-01	2022-09-30
8	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
9	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
10	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
11	$ 0	0		
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1 600.000	$ 309.400	56283219	04/02/2022
2	MARZO	$ 1 600 000	$ 309 400	56971242	07/03/2022
3	ABRIL	$ 1 600 000	$ 309.400	57238580	06/04/2022
4	MAYO	$ 1 648 000	$ 309 400	58435358	06/05/2022
5	JUNIO	$ 1 648 000	$ 309.400	59133847	08/06/2022
6	JULIO	$ 1 648.000	$ 309.400	59829333	11/07/2022
7	AGOSTO	$ 1 648 000	$ 309.400	66551822	09/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1 593 067	$ 309.400	61326587	08/09/2022
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.800.000	$ 13.040.000	$ 12.985.067	$ 54.933

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2022-09-01 Hasta: 2022-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1 Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa segun 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.O S S S.I.1 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, según contratación y normatividad vigente 2 Actualizo datos personales del usuario a facturar 3 G facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente 4 Legalizo el dinero de recibos de caja recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5 Elaboro factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 6 Realizo cierre de caja arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería 7 Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area 8 Corrego facturas anuladas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas 9 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.10 Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S O S S S.I.1 Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área 12 Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	En el periodo comprendido se realizo el cumplimiento al 100% del desarrolla de las actividades contratadas se anexan folios con las evidencias

Observaciones.

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 1 031 141 633 de BOGOTA D C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	NAVIDE DUARTE PARDO
CARGO	DIRECTORA FINANCIERA (E)
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARIA MARLENY RAMOS DUERRA
CARGO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

Cuenta de cobro 8-2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
ELIANA QUIÑONES ANGULO
C.C 1.031.141.633 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE	$	1.593.067

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1218 2022 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2022

OBJETO PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Cordialmente,

ELIANA QUIÑONES ANGULO
C.C 1031141633
Teléfono 3213355192
Direccion DG.54 SUR #3F-37
No Cuenta 136448677 AHORROS BANCO BBVA
Fecha: 30/09/2022

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	1031161633	ELIANA QUIÑONES ANGULO	Diagonal 54 sur # 3F-37	5244590	anaeli921007.21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	
2022-08	2022-08	1	08/09/2022	81326587	$309.400	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	125.000	0		0		0	0	0	0	125.000	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	160.000	0	0	0	0	0	0		160.000	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 11	ARL SURA	890903790-5	24.400				24.400	0	0	24.400			244	24.400	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	125.000	125.000
Pensión	1	160.000	160.000
Riesgos Laborales	1	24.400	24.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

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	1031141633	ELIANA QUIÑONES ANGULO		Diagonal 54 sur # 3F-37	5244590	anse6921007.21@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			SOGOTA D C.	SOGOTÁ D C		ND

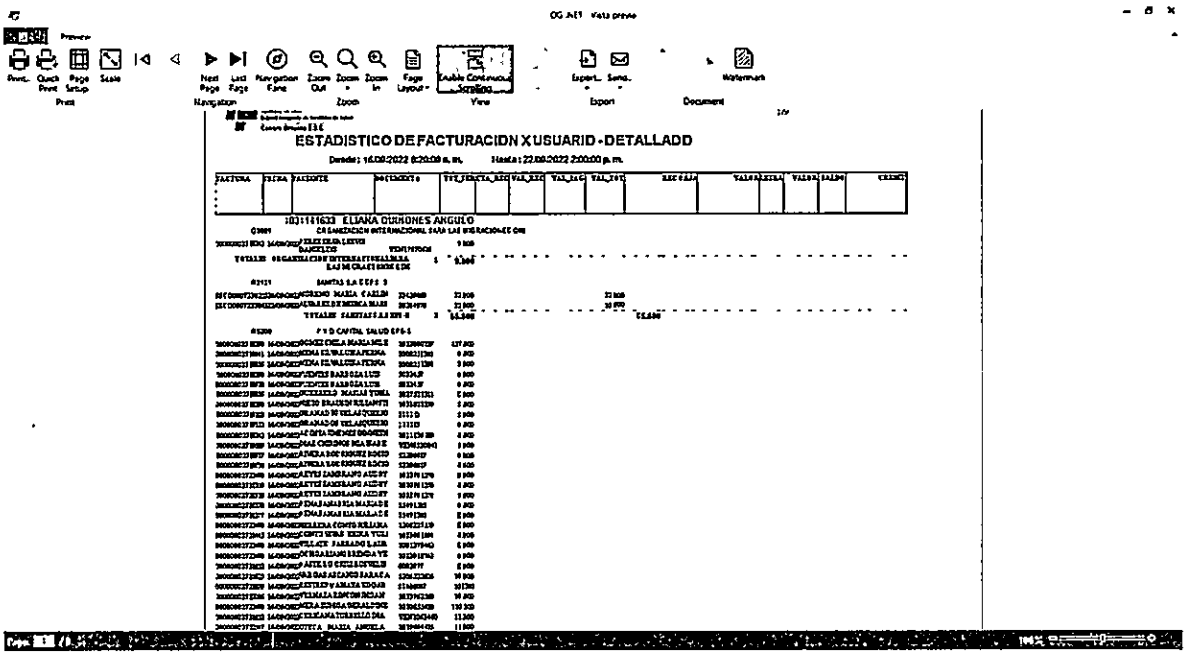
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08		08/09/2022	61326587	$309,400	

DETALLE POR COTIZANTE

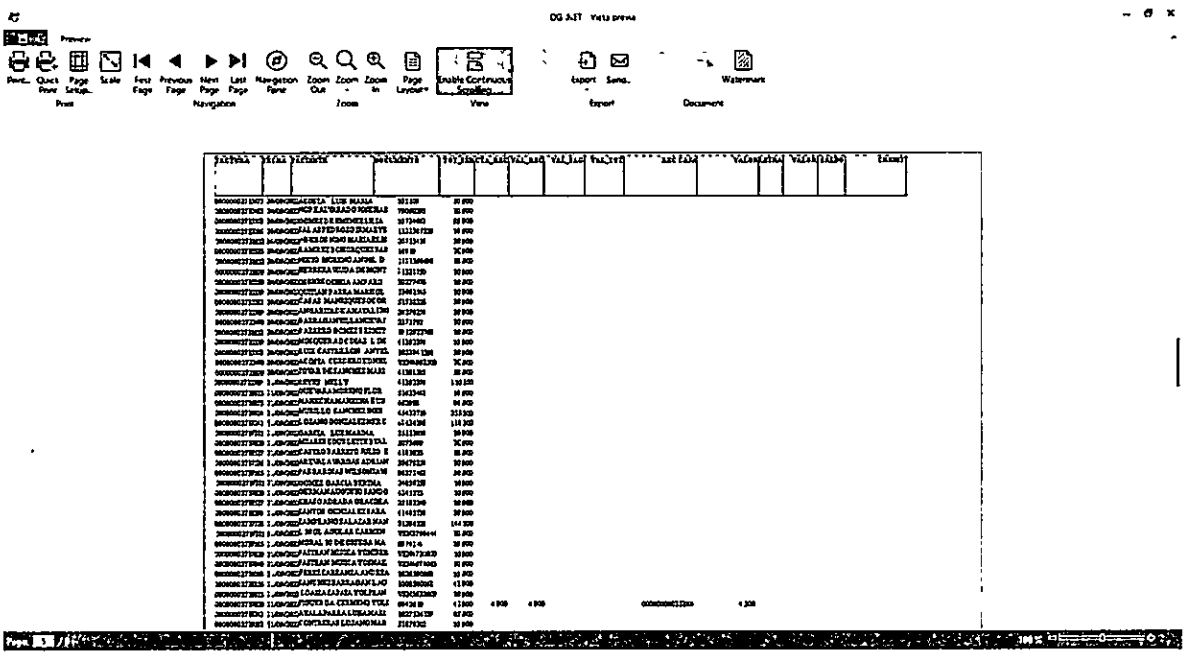
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Extranjero sin PEP	Ing	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
1	CC	1031141633	QUIÑONES ANGULO ELIANA	57	0			N																230201	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS01F	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0

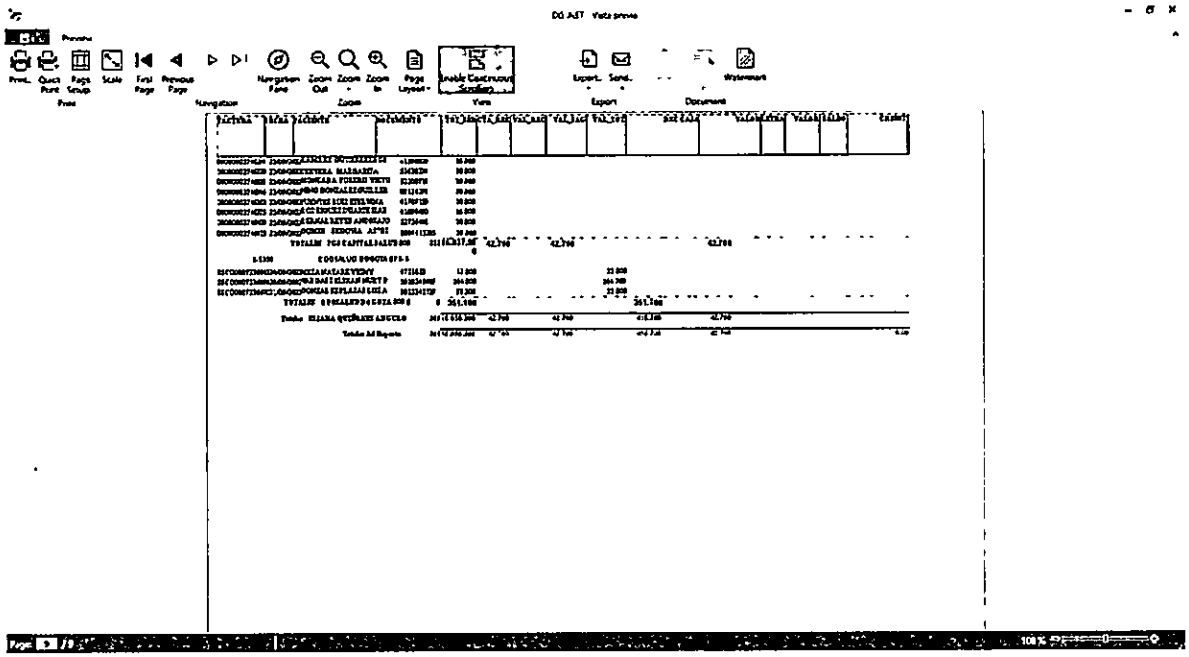
PAGADA

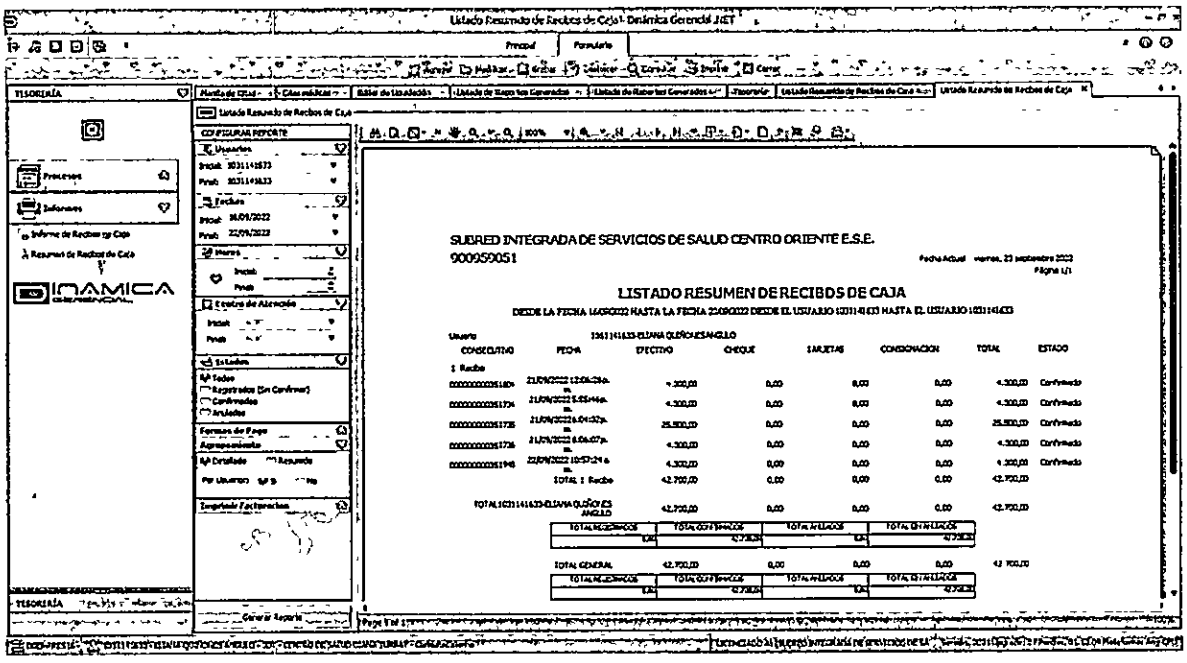
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



ESTADISTICO DE FACTURACIDN X USUARID - DETALLADD






Listado Resumido de Recibos de Caja - Dinámica Gerencial JET
TESORERÍA
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051
LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA
CONSECUTIVO
FECHA
EFECTIVO
CHEQUE
TARJETAS
CONSIGNACION
TOTAL
ESTADO
TOTAL GENERAL
42.700,00