

4886

Ministerio de Salud
Sistema Integrado de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APDOB - GESTIÓN DE CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE CUBR

CÓDIGO: AP-IA FT-014
VERSION: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS.	PS 4886 2022	C.D.P. No.	840	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA
Nombre del Contratista:				ANA PATRICIA SOGAMOSO SANDOVAL	C.C. 1 053 609 919 de PAIPA
Fecha Inicio:	01 DE ABRIL DE 2022	Fecha Terminación Inicial:	30 DE ABRIL DE 2022	Valor Mensual:	\$ 2 451 400
				Valor a cubrir:	\$ 2 451 400

ADICIÓN/ DTRD SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 817 133	1298	2022-05-01	2022-05-10
2	\$ 1 634 267	1443	2022-05-11	2022-05-31
3	\$ 2 451 400	1709	2022-06-01	2022-06-30
4	\$ 2 451 400	1931	2022-07-01	2022-07-31
5	\$ 1 034 267	2305	2022-08-01	2022-08-20
6	\$ 817 133	2629	2022-08-21	2022-08-31
7	\$ 2 451 400	2754	2022-09-01	2022-09-30
8	\$ D	D		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGD SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGD PLANILLA
1	ABRIL	\$ 2 380 000	\$ 339 400	0358120935	08/04/2022
2	MAYO	\$ 2 451 400	\$ 329 400	58414426	06/05/2022
3	JUNIO	\$ 2 451 400	\$ 329 400	59068324	07/06/2022
4	JULIO	\$ 2 451 400	\$ 329 400	59765413	11/07/2022
5	AGOSTO	\$ 2 451 400	\$ 329 400	60411022	12/08/2022
6	SEPTIEMBRE	\$ 2 451 400	\$ 329 400	01208013	13/09/2022
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 2.380.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 34.637.000	PAGOS REALIZADOS \$ 14.637.000	SALDO DEL CONTRATO \$ 8
---	--	--	-----------------------------------

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS <small>(Las completas en la misma)</small>	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO <small>ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</small>	PRODUCTO DE 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 las facturas contengan las tarifas y reportes 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 envío y solicitud de RIPS oportunamente por cada una de las facturas a radicar a las EAPB. 7. Organizar 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 reportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas. 11. Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a las normatividad vigente. 12. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DOH y bases de datos. 13. Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.O.S.S. 14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	1. Recepcioné y confirmé las órdenes de servicio de los pacientes hospitalizados. 2. Verifiqué contra historia clínica que se encontraran registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura. 3. Revisé 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. No tramité ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad, por tratarse de unidad alta complejidad. 6. Verifiqué y ajusté los reportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES). 7. Adjunté el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras. 8. Ejecuté oportunamente los procesos del sistema de información, una vez se notificó orden de salida por el área asistencial. 9. Generé Orden de Salida en sistema de información, firmé y entregué al usuario. 10. Elaboré 108 facturas de Hospitalización y recibos de esta oportunidad de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 11. Legalicé 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. Diligencé la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. 13. Recibí e ingresé los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdo de pago. 14. Realicé cierre de caja arqueo y acta de entrega al Área de Tesorería. 15. Entregué las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 16. Corregí dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 17. Brindé 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. Realicé actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.O.S.S. 19. Asistí a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 20. Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el	En el periodo comprendido se realizó el cumplimiento al 100% del desarrollo de las actividades contratadas, se anexan folios con las evidencias.

Observaciones:

Nota: En caso de 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 vinculada de acuerdo con las Tablas Establecidas en el Decreto 1990 de 2018.

Ana Patricia Sogamoso S.

Firma del Contratista

C.C. 1 053 609 919 de PAIPA

<p style="text-align: center;">VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> NOMBRE: NAYIBE DUARTI PARDO </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> NOMBRE: MARIA MARLEN Y RAMON GUERRA </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> CARGO: DIRECCIÓN FINANCIERA (E) </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> CARGO: PROFESIONAL LSP/LI ALIZADO </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FIRMA: </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FIRMA: </td> </tr> </table>	NOMBRE: NAYIBE DUARTI PARDO	NOMBRE: MARIA MARLEN Y RAMON GUERRA	CARGO: DIRECCIÓN FINANCIERA (E)	CARGO: PROFESIONAL LSP/LI ALIZADO	FIRMA:	FIRMA:	<p style="text-align: center;">VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> NOMBRE: NAYIBE DUARTI PARDO </td> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> NOMBRE: MARIA MARLEN Y RAMON GUERRA </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> CARGO: DIRECCIÓN FINANCIERA (E) </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> CARGO: PROFESIONAL LSP/LI ALIZADO </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FIRMA: </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> FIRMA: </td> </tr> </table>	NOMBRE: NAYIBE DUARTI PARDO	NOMBRE: MARIA MARLEN Y RAMON GUERRA	CARGO: DIRECCIÓN FINANCIERA (E)	CARGO: PROFESIONAL LSP/LI ALIZADO	FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: NAYIBE DUARTI PARDO	NOMBRE: MARIA MARLEN Y RAMON GUERRA												
CARGO: DIRECCIÓN FINANCIERA (E)	CARGO: PROFESIONAL LSP/LI ALIZADO												
FIRMA:	FIRMA:												
NOMBRE: NAYIBE DUARTI PARDO	NOMBRE: MARIA MARLEN Y RAMON GUERRA												
CARGO: DIRECCIÓN FINANCIERA (E)	CARGO: PROFESIONAL LSP/LI ALIZADO												
FIRMA:	FIRMA:												

Cuenta de cobro 6-2022
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
ANA PATRICIA SOGAMOSO SANDOVAL
C.C 1.053.609.919 de la ciudad de PAIPA

LA SUMA DE:

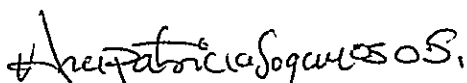
DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL S **2.451.400**
CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4886 2022 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2022

OBJETO PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Cordialmente,



ANA PATRICIA SOGAMOSO SANDOVAL
C.C 1053609919

Teléfono 3245509510

Dirección CL 87 SUR 90 91

No Cuenta 468200014669 AHORROS BANCO DAVIVIENDA

Fecha: 30/09/2022

Información básica de la planilla

Empresa: ANA PATRICIA SOGAMOSO SANDOVAL ✓
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 61268013 ✓
Fecha de vencimiento: 13/09/2022
Fecha de Pago: 13/09/2022

NIT: 1053609919 ✓
Periodo liquidación Pensiones: agosto 2022 ✓
Periodo liquidación Salud: agosto 2022 ✓
Total a pagar: \$331,700
Total de empleados: 1
Número de Administradoras: 4

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MIPlanilla.com Pago Proteccion Social
Banco: NEQUI
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago Electronico por PSE
Número Autorización: 1651879797

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de Incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$24,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$161,100
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Filar	1		\$0	\$20,200
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$125,800
						\$331,700

*Si descontó Incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

