5718

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-IA-FT-014
VERSIÓN 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS	PS 5718 2022	C.D.P No.	2827	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL JORGE ELIECER GAITAN

Nombre del Contratista.	JUAN SEBASTIAN CABRERA LOZANO	C.C.	1 010 226 014	de:	BOGOTA D C
Fecha Inicio:	14 DE SEPTIEMBRE DE 2022	Fecha Terminación Inicial	30 DE SEPTIEMBRE DE 2022	Valor Mensual	$ 1 812 800
Valor a cobrar:	$ 1 027 253				

ADICIÓN OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ B	0	1900-01-00	1900-01-00
2	$ 0	B	1900-01-00	1900-01-00
3	3 0	B	1900-01-00	1900-01-00
c	$ G	B	1900-01-00	1900-01-00
5	$ G	0	1900-01-00	1900-01-00
6	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
7	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
8	$ 0	0		
9				
10				
11				
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	SEPTIEMBRE	$ 1 027 253	$ 0	NUEVO	00/01/1900
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
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
$ 1 148.107	$ 1 148.107	$ 1.027.253	$ 120.854

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS BACHILLER 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 periodo: Desde: 2022-09-14 Hasta 2022-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las empezadas en la misma)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO D EVIDENCIA
1	1 Recepcionar registrar y confirmar las órdenes de servicio de observacion de urgencias. 2 Verificar contra historia clinica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura 3 Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermeria. 4 Registrar la información referente a la atención de los Recien Nacidos (talla, sexo, peso, etc) 5 Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad 6 Verificar y adjuntar los soportes de tecnologias no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ante respectivo (MIPRES) 7 Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite segun normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras 8 Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información una vez se notifique orden de salida por el área asistencial 9 Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario 10 Elaborar factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente 11 Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesoreria. 12.Diligenciar la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario 13 Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago 14 Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería 15 Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 16 Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas 17 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. 18.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S D S S S. 19 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 20 Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	1 Recepcionó, registró y confirmó las órdenes de servicio de observación de urgencias 2 Verificó contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura, 3 Revisó los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermeria, 4 Registró la información referente a la atención de los Recien Nacidos (talla, sexo, peso, etc) 5 No se Tramitó ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad 6 Verificó y adjuntó los soportes de tecnologias no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES) 7 Adjuntó el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras 8 Egresó oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notificó orden de salida por el área asistencial 9 Generó Orden de Salida en sistema de información, firmó y entregó a los usuario 10 Elaboró 144 facturas de los pacientes de Urgencias y Observación y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación) normatividad vigente 11 Legalizó 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 Diligenció la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. 13 Recibió e ingresó los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 14 Realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería 15 Entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área 16 Corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 17 Brindó 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 Realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S O S S S. 19 Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 20 Realizó 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: 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. 1 010 226 014 de BOGOTA D C

VISTO BUEND SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	NAYIBL OUARTE PARDO
CARGO:	DIRECTORA FINANCIERA (E)
FIRMA	

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

Cuenta de cobro 1-2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JUAN SEBASTIAN CABRERA LOZANO

C.C 1.010.226.014 de la ciudad de BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

UN MILLON VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE	$	1.027.253

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5718 2022 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2022

OBJETO	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER PARA DESARRDLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E S E

Cordialmente,

JUAN SEBASTIAN CABRERA LOZANO
C C 1010226014
Teléfono 3233042467
Direceion CARRERA 1A N° 3 - 30
No Cuenta 488432929229 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha· 30/09/2022

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156 264-2

Código Documento para dependientes y adicionales al Régimen Subsidiado

FORMULARIO VÍA WEB

I DATOS DEL TRÁMITE — Leer detenidamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1 TIPO DE TRÁMITE: A AFILIACIÓN [✓] B REPORTE DE NOVEDADES

2 TIPO DE AFILIACIÓN: A Individual a) Cotizante o cabeza de familia [✓] b) Beneficiario o adicional B Colectivo C Institucional D De oficio

3 REGIMEN: C Contributivo [✓] S Subsidiado

4 TIPO DE AFILIADO: CO Cotizante [✓] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]

5 TIPO DE COTIZANTE: A Dependiente B Independiente [✓] C Pensionado — CÓDIGO

FECHA DE LA SOLICITUD: 09 A 08 2022

A AFILIACIÓN

II DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6 APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Cabrera	Lozano	Juan	Sebastian

7 TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI [✓] CC CE PA CD SC — 8 NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1010226014 — 9 SEXO F [✓] M — 10 FECHA NACIMIENTO: 16 A 12 1995

III DATOS COMPLEMENTARIOS

11 ETNIA: Código — 12 DISCAPACIDAD: Código — 13 PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN — 14 GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL — 15 ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES: Soyuros bolivar

16 ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17 INGRESO BASE DE COTIZACIÓN (IBC)	18 UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	ZONA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
Col pensiones	1.000.000		U [✓] R	Santa fe	Lourdes

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
Bogota	Cundinamarca		3233042467	juanso.c.lozano@gmail.com	

IV DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

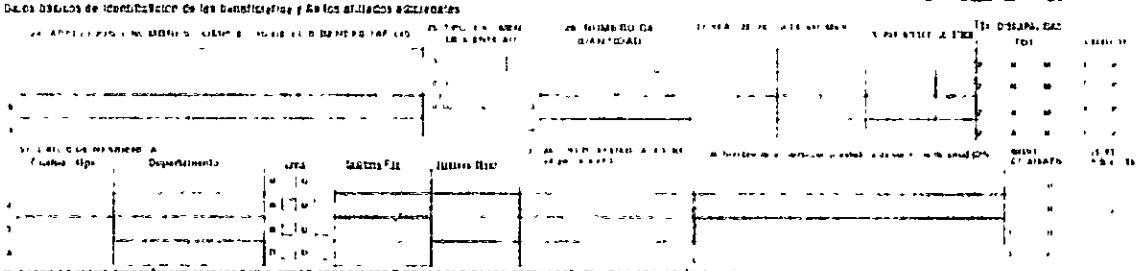
Datos de identificación del beneficiario (cónyuge o compañero permanente del cotizante)

19 APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20 TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC — 21 NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — 22 SEXO F M — 23 FECHA NACIMIENTO — CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales



V DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35 Nombre o Razón Social	36 Tipo documento de identidad	37 Número documento de identidad	0Y 38 Tipo de aportante a pagador de pensiones
Juan Sebastian cabrera lozano	CC	1010226014	1.000 000

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN: Carrera 1a #3-30 — Bogota — Cundinamarca — TELÉFONO: 3233042467 — Juanso.c.lozano@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL: 09 08 2022 — CARGO: Facturacion — SALARIO: 1.000.000

B REPORTE DE NOVEDADES

40 TIPO DE NOVEDAD

VI DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: RC TI CC CE PA CD SC — NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD — SEXO F M — FECHA NACIMIENTO DIA MES AÑO

42 FECHA a partir del — 43 EPS ANTERIOR Código — 44 LUGAR DE TRASLADO Código — 45 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

VIII FIRMAS

46 Firma del cotizante, cabeza de familia o responsable — 48 Firma y sello del empleador, aportante o entidad responsable (si la afiliación es colectiva, institucional o de oficio)

IX ANEXOS

X DATOS A SER INGRESADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66 Identificación de la Entidad Territorial — 67 Dato del SISBEN — 68 Fecha de radicación — 69 Fecha de validación

Código del Municipio — Código del departamento — Número de ficha — Puntaje — Nivel

70 Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad — Número del documento de identidad — 71 Firma del funcionario

OBSERVACIONES

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

2a COPIA AFILIADO

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES
Y CARTA DE DESEMPEÑO

FORMULARIO VÍA WEB

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto.

Yo *Juan Sebastian cabrera lozano* identificado (a) con [✓] CC [ ] Otro

No. *1010226014* de *Bogota*

1. He leído detalladamente la carta de derechos y deberes SI[✓]No[ ]
2. He recibido la carta de desempeño con el ranking de NUEVA EPS SI[✓]No[ ]
3. He leído detalladamente la carta de desempeño SI[✓]No[ ]
4. He entendido la carta de desempeño SI[✓]No[ ]
5. Me fueron resueltas las dudas sobre el contenido de las cartas de derechos y deberes y la carta de desempeño SI[✓]No[ ]
6. Entiendo y comprendo lo enunciado en la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño SI[✓]No[ ]
7. NUEVA EPS cuenta con canales disponibles y eficaces para resolver las dudas sobre el contenido de las cartas SI[✓]No[ ]

Autorizo a NUEVA EPS para que envíe información personal relacionada con mi estado de salud a mi teléfono celular No. *3233042467* y/o correo electrónico *juanso.c.lozano@gmail.com* SI[✓]No[ ]

Cordialmente

Firma

Tipo ID *Cedula* No ID *1010226014*

Fecha (dd/mm/aaaa) *09/08/2022*

Direccion *Carrera 1a #3-30*

Tel *3233042467* Municipio

Departamento *Bogota*

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar autoriza a

Firma

Tipo ID No ID

Fecha (dd/mm/aaaa)

Direccion

Tel Municipio

Departamento

Información de NUEVA EPS

Asesor

Código Oficina

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación autorizo expresamente y conforme a lo establecido en los artículos 14 y 17 de la ley 527 de 1999 a NUEVA EPS S.A para que me remita información en forma de mensajes de datos a través de telefonía móvil como sms short message service correos electrónicos y redes sociales relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A y la carta de derechos y deberes

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue para que recopile almacene use haga circular suprima mis datos personales para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes

Revocar la autorización y solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios derechos y garantías constitucionales y legales La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la Constitución

En cumplimiento de la ley 1581 de 2012 el Decreto 1377 de 2013 y demás normas que los modifiquen adicionen o complementen usted puede conocer la política de tratamiento de datos personales de la entidad SSS a través de los siguientes canales de atención que ponemos a su disposición

Sitio web www.nuevaeps.com.co
Oficinas de atención al usuario de NUEVA EPS S.A
Línea Gratuita 01 800 0 638 638
Línea de atención en Bogotá
Conmutador (57) 1 413 1313
Dirección Administrativa Calle 99 No 69 A 45 Piso 7

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales

Conocer actualizar y rectificar mis datos personales frente al responsable de tratamiento y al encargado del tratamiento Este derecho se podrá ejercer entre otros frente a datos parciales inexactos incompletos fraccionados que induzcan a error o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado

Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de la ley 1581 de 2012

Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento previa solicitud respecto del uso que le ha dado a los datos personales

Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen adicionen o complementen

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

Facturacion	*Seguros bolivar*		*Colpensiones*		*1.000.000*				

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del GESTOR o PROMOTOR	CÓDIGO GESTOR o PROMOTOR	Nombre DIRECTOR COMERCIAL	CÓDIGO DIRECTOR	Canal Intermediación y/o Observaciones

CIUDAD y FECHA