5719

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
APOYD – GESTION DE CONTRATACION
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 5719 2022	C.D.P No.	2827	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO — C.C. 1 019 071 484 — 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	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
2	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
3	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
4	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
5	$ 0	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
0	$ 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	$ 1 027 233	$ 0	NUEVO	00/01/1900
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
0					
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 ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O 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 enfermería. 4 Registrar la información referente a la atención de los Recién 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 tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES). 7 Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras. 0 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 tesorería. 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 Area. 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 G S.S.S. 10 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 enfermería. 4 Registró la información referente a la atención de los Recién 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 tecnologías 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 EAPD y Aseguradoras. 8 Egresó oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notificó orden de salida por el área asistencial. 0 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 y 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 Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el	En el periodo comprendido se realizo 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 1 019 071 484 de BOGOTA D C

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

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

MR

Cuenta de cobro 1-2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:
WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO
C.C 1.019.071.484 de la ciudad de BOGOTÁ D.C.

LA SUMA DE:

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

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5719 2022 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2022

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

Cordialmente,

WENDY JOHANA TRIANA CASTILLO
C.C 1019071484
Teléfono 3214540820
Direccion CALLE 130A N° 94 - 12
No Cuenta 49918720 AHORROS BANCO AVVILLAS
Fecha: 30/09/2022

UNIDAD SANTA CLARA

ACTIVIDADES MES DE SEPTIEMBRE 2022

TOTAL DEL MES

o.	ACTIVIDAD	FECHA	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TDTAL POR ACTIVIDAD
1	Facturacion en ventanilla							2	8	10	4																								24
2	INGRESOS FACTURADOS			3			4																												7
3	Soportes a central de revision							2	8	15	4																								29
4	Solicitudes a soporte																																		0
5	Cargue de informacion																																		0
6	Envio de facturas			3			4																												7
7	Reporte de pacientes covid																																		0
8	Realizacion de pagares																																		0
	TOTAL DE ACTIVIDADES																																		67

JOHANA TRIANA

TOTAL 67

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

E.P.S. Sanitas

Organización Sanitas Internacional
NIT 800.251.440-6
CÓDIGO 005, República de Colombia - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

Fecha de Radicación: 08 09 2022

I - DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones para el diligenciamiento antes de diligenciar)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia [X] - Beneficiario o Afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 05

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Triana	Segundo apellido: Castillo	Primer nombre: Wendy	Segundo nombre: Johana

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1019091484	Femenino [X] Masculino [ ]	06 05 1992

III - DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial
	Tipo: F N M — Condición: T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización - IBC
SURA	COLFONDOS	1.700.000

18. Residencia	Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	Correo Electrónico
	Cll 130 A # 94 - 12.		3214540820	wendytriana@gmail.c

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Cundinamarca	Urbana [X] Rural [ ]	Suba	Cundinamarca

IV - DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente y familia)

19. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Pinzon	Segundo apellido: Baez	Primer nombre: Yesid	Segundo nombre: Alberto

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CC	1018450326	Femenino [ ] Masculino [X]	20 M A 91

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

24. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	Tricina	Castillo	Johan Christopher	David
B2	Pinzon	Triana		
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1	TI	1147485640	X		03 08 2006
B2	RC	1031852919		X	01 03 2019
B3					DD MM AAAA
B4					DD MM AAAA
B5					DD MM AAAA

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad	Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P
B1	Hijo							
B2	Hijo							
B3								
B4								
B5								

	32. Datos de residencia - Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (A registrar por la EPS)
B1	Cll 130a #94-12	X		Cundinamarca/Bta	3214540820	
B2	Cll 130a #94-12	X		Cundinamarca/Bta	3214540820	
B3						
B4						
B5						

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (A registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de cotizante asignado (A registrar por la EPS)

39. Ubicación - Dirección	Teléfono Fijo	Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

Escaneado con CamScanner

Envio de Solicitud

Recibidos ×

Contacto Eps Sanitas <tramiteslinea.epssanitas notify-it com> Anular suscripcion

16 37 (hace 0 minutos)

para mi

La solicitud fue creada exitosamente con los siguientes datos

Solicitud Numero: 6565660

Fecha: 08/09/2022
Hora: 04 36 PM
Descripcion : Señor(a) usuario(a) su solicitud esta siendo atendida Nota Este Mensaje ha sido enviado por un sistema automático, por favor no intente responder a este correo puesto que no será recibido