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 1214 2022	C.D.P. No.:	51	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES

Nombre del Contratista: DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL C.C. 53.089.364 de: BOGOTÁ D.C

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2022 Fecha Terminación inicial: 30 DE ABRIL DE 2022 Valor Mensual: $ 1.648.000 Valor a cobrar: $ 1.648.000

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	1445	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	2305	2022-08-01	2022-08-20
6	$ 549.333	2629	2022-08-21	2022-08-31
7	$ 1.648.000	2754	2022-09-01	2022-09-30
8	$ 1.648.000	3137	2022-10-01	2022-10-31
9	$ 1.648.000	3488	2022-11-01	2022-11-30
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	8356454377	04/02/2022
2	MARZO	$ 1.600.000	$ 309.400	835717676	04/03/2022
3	ABRIL	$ 1.600.000	$ 329.400	8357915195	04/04/2022
4	MAYO	$ 1.648.000	$ 329.400	58623071	05/05/2022
5	JUNIO	$ 1.648.000	$ 329.400	59315765	06/06/2022
6	JULIO	$ 1.648.000	$ 329.400	60007691	11/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.648.000	$ 329.400	60727792	08/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1.648.000	$ 329.400	61507734	08/09/2022
9	OCTUBRE	$ 1.648.000	$ 329.400	62284055	10/10/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.648.000	$ 329.400	62972323	09/11/2022
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	$ 16.336.000	$ 16.336.000	$ 0

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: 2022-11-01 Hasta: 2022-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	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, 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.Corregio 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.G.S.S.S.11.Asistio 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 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. 53.089.364 de BOGOTÁ D.C

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

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

Cuenta de cobro 10-2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL

C.C 53.089.364 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL PESOS M/CTE $ 1.648.000

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1214 2022 correspondiente al mes de NOVIEMBRE 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,

DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL
C.C 53089364
Teléfono 3214822138
Direccion Calle 68bis sur #79b-09
No Cuenta 552196537 AHORROS BANCO BBVA
Fecha: 30/11/2022

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	53089364	DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL	CL 68 BIS SUR 79 B 09	7769610	diormatiz089@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	
2022-10	2022-10	1	09/11/2022	62972323	$329.400	

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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	20.000	0	0	20.000	1

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	1	20.000	20.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	329.400	329.400

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

EVIDENCIAS MES DE NOVIEMBRE

CITAS ASIGNANDAS

2022-11-09 10:00:00.000	CHACON GIL JOHANNA MIRELLA	ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA	CENTRO DE SALUD CHIRCALES	DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL	2022-11-09 09:30:47.877	00000002942983	7641306	Cumplida				SIN HUELLA

FACTURAS

00000002942983	Facturada	2022-11-09 09:30:32.907	DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL	14391209	P Y D CAPITAL SALUD EPS-S	REGULACION DE LA FECUNDIDAD CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERA (39360-07)	1	52450433	CHACON GIL JOHANNA MIRELLA
00000002941570	Facturada	2022-11-09 06:53:57.760	DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL	14389644	P Y D CAPITAL SALUD EPS-S	CONSEJERIA PARA PRUEBA DE ELISA PARA VIH (POSTEST) POBLACION GENERAL (39360-20)	1	52450433	CHACON GIL JOHANNA MIRELLA

RECIBOS DE CAJA

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : miércoles, 23 noviembre 2022
Página 4/4

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

DESDE LA FECHA 01/11/2022 HASTA LA FECHA 23/11/2022 DESDE EL USUARIO 53089364 HASTA EL USUARIO 53089364

						FACTURA NRO. 00000002995716	
00000000368453	22/11/2022 11:02:49 a. m.	8,600.00	0.00	0.00	0.00	8,600.00	Confirmado
						FACTURA NRO. 00000002997146	
00000000368473	22/11/2022 11:40:36 a. m.	2,200.00	0.00	0.00	0.00	2,200.00	Confirmado
						FACTURA NRO. 00000002997537	
	TOTAL 1.Recibo	442,600.00	0.00	0.00	0.00	442,600.00	
	TOTAL 53089364-DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL	442,600.00	0.00	0.00	0.00	442,600.00	

TOTAL REGISTRADOS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
0.00	442,600.00	0.00	442,600.00

TOTAL GENERAL	442,600.00	0.00	0.00	0.00	442,600.00

TOTAL REGISTRADOS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
0.00	442,600.00	0.00	442,600.00

FACTURAS REALIZADAS

FACTURA	FECHA	PACIENTE	DOCUMENTO	TOT_SER	CTA_REC	VAL_REC	VAL_PAG	VAL_TOT	REC CAJA	VALOR	LETRA	VALOR	SALDO	CREDIT
SSCO3007262899222/11/2022		SALDARRIAGA SALDARRI	24731124	33,200				33,200						
SSCO3007265001122/11/2022		RINCON MARIN NICOL DAY	1023561334	33,200				33,200						
TOTALES : COOSALUD BOGOTA EPS-S			32	724,100	2,400		2,400		721,700	2,400				
Totales : DIANA ANGELICA ORTIZ BERNAL			1517	84,039,716	442,600		442,600		2,870,100	442,600				
Totales del Reporte :			1517	84,039,716	442,600		442,600		2,870,100	442,600				0.00

VERIFICACION DE USUARIOS

capitalsalud

23 de Noviembre de 2022

Autorizaciones

Autorización de Servicios

*** Nombre IPS: SUBRED INT DE SERV SALUD CENTRO ORIENT * Codigo IPS: 19585 * Tipo IPS: CCRS * Unidad IPS: 3**

Datos Afiliado

* Nombres: ROGELIO	* Apellidos: POSADA RODRIGUEZ
* Numero: 18460828	* Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA
* Contrato: 34953342	* Edad: 63 Años
* Fecha de nacimiento: 12/14/1958	* Telefono: 3134733220
* Direccion de Residencia Habitual: DG 48J S 1 89	* Municipio - Departamento: BOGOTA - CUNDINAMARCA
* Telefono Celular: 3114650073	* Correo Electronico:
* Semanas cotizadas: 100	* Plan: RS - REGIMEN SUBSIDIADO
* Nivel SISBEN: 2	* Estado: Activo

Red Integrada de Servicios de Salud

Centro Oriente E.S.E.

USUARIO DE CONSULTA
CALL CENTER

BUSQUEDA AVANZADA DE USUARIOS

Identificación ☐ Y

Filtrar busqueda por ☐ Y

Filtrar busqueda por

Consultar

SEÑORES FACTURADORES
BASE CAPITACIÓN NOVIEMBRE DE 2022

Cordial saludo, de manera atenta se solicita descargar las bases de datos vigentes a sus equipos en caso de fallas de conectividad a fin de dar continuid proceso de comprobación de derechos en salud

Favor descargar el archivo adjunto [Clic Aquí].

Se encontro *1* registro

Identificación	Ficha y Nivel	Nombre	Fecha Nacimiento	Estado FechaCarga	Nombre Asegurador	Centro de Atención
CC 18460828	546276 (2)	ROGELIO POSADA RODRIGUEZ	1958-12-14	ACTIVO 2022-11-10 12:45:57	CAPITAL SALUD	CAMI CHIRCALES 2013-06-17 00:00:00

Importante:

ADRES no hace traslados, ni modificaciones a su afiliación ante las EPS.

Estamos en proceso de actualización.
Agradecemos nos disculpe los inconvenientes que esto pueda generar.

