



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
 VERSION: 03
 FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:

PS 1240 2022

C.D.P. No.:

51

Proceso que pertenece:

DIRECCION FINANCIERA

Servicio al que pertenece:

FACTURACION

Unidad a la que pertenece:

CENTRO DE SALUD OLAYA

Nombre del Contratista:

NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER

C.C.

52.309.423

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	9429892318	03/02/2022
2	MARZO	\$ 1.600.000	\$ 309.400	9431281945	03/03/2022
3	ABRIL	\$ 1.600.000	\$ 329.400	9432608726	07/04/2022
4	MAYO	\$ 1.648.000	\$ 329.400	943881346	05/05/2022
5	JUNIO	\$ 1.648.000	\$ 329.400	9435125608	07/06/2022
6	JULIO	\$ 1.648.000	\$ 329.400	9436427690	11/07/2022
7	AGOSTO	\$ 1.648.000	\$ 329.400	9437696755	08/08/2022
8	SEPTIEMBRE	\$ 1.648.000	\$ 329.400	9439052544	08/09/2022
9	OCTUBRE	\$ 1.648.000	\$ 330.500	9440391978	10/10/2022
10	NOVIEMBRE	\$ 1.648.000	\$ 329.400	9441714385	08/11/2022
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

VALOR INICIAL DEL CONTRATO
 \$ 4.800.000

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
 \$ 16.336.000

PAGOS REALIZADOS
 \$ 16.336.000

SALDO DEL CONTRATO
 \$ 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	PRODUCTO O EVIDENCIA
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 Área. 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. 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 Área. 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 realizo 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. 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

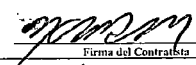
Observaciones:

Nota: En deber contratista 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.

C.C.

52.309.423

Firma del Contratista



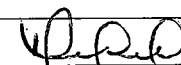
de

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:
NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER
C.C 52.309.423 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 1240 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,


NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER
C.C 52309423
Telefono 3194840079
Direccion CALLE 52A SUR #84-36
No Cuenta 550002100132477 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 30/11/2022

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52309423		MARTINEZ SOLER NORMA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 52 A SUR # 84 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-10	2022-10	41714385	9441714385	1	2022/11/08	2022/11/10	BANCO AV VILLAS	2	\$330,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES-MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$160,000	\$400	\$0	\$160,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$160,000	\$400	\$0	\$160,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$24,400	\$100	\$0	\$24,500	
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$24,400	\$100	\$0	\$24,500	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$20,000	\$100	\$0	\$20,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$20,000	\$100	\$0	\$20,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$125,000	\$300	\$0	\$125,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$125,000	\$300	\$0	\$125,300	
TOTAL				1	\$329,400	\$900	\$0	\$330,300	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52309423		MARTINEZ SOLER NORMA ESPERANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 52 A SUR # 84 - 32	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2022-10	2022-10	41714385	9441714385	I	2022/11/08	2022/11/10	BANCO AV VILLAS	\$330,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$1,000,000	\$20,000			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$1,000,000	\$20,000			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$1,000,000	\$20,000			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0
1	CC 52309423	MARTINEZ NORMA	25-14	30	\$1,000,000	\$160,000	EPS008	30	\$1,000,000	\$125,000	CCF24	30	\$1,000,000	\$20,000	14-7	30	\$1,000,000	\$24,400	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,000,000	\$160,000			\$1,000,000	\$125,000			\$1,000,000	\$20,000			\$1,000,000	\$24,400		\$0	\$0

EVIDENCIAS DEL 25 DE OCTUBRE HASTA 22 DE NOVIEMBRE NORMA MARTINEZ

ESTADISTICO DE FACTURACION X USUARIO - DETALLADO										
Desde : 25/10/2022 12:00:00 a. m. Hasta : 25/11/2022 8:00:00 p. m.										
FACTURA	FECHA	PACIENTE	DOCUMENTO	TOT_SER	CTA_REC	VAL_REC	VAL_PAG	VAL_TOT	REC CAJA	VALOR LETRA
52309423 NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER										
15000 CONSULTA CONTROL										
00000002893225	28/10/2022	CASTILLO AVELINO SAND	52739721							
00000002893249	28/10/2022	CASTILLO RAJARD O ANGE	1000938137							
0000000734082349	28/10/2022	SANCHEZ TREJO KAREND	6042621							
SSC0000726038916/11/2022		PEDRAZA ANZOLA ANGEL	102515841	47.900				47.900		
SSC0000726039416/11/2022		AMUNDARAY BARRETONI	1104270086	47.900				47.900		
SSC0000726048216/11/2022		CORTES CONDELUZ MARI	26452709	149.700				149.700		
SSC0000726087617/11/2022		MENDOZA LUNA LAURA VA	1101876483	47.900				47.900		
SSC0000726099617/11/2022		ESPINOSA PIRAMATILDE	41665526	33.200				33.200		
TOTALES : C00SALUD BOGOTA EIS-S				35	2.022.300			2.022.300		
Totales : NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER				178587.386.950	1.044.200	1.132.500		8.190.460	1.132.500	
Totales del Reporte :				178587.386.950	1.044.200	1.132.500		8.190.460	1.132.500	

RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA									
DESDE LA FECHA 25/10/2022 HASTA LA FECHA 25/11/2022 DESDE EL USUARIO 52309423 HASTA EL USUARIO 52309423									
		FACTURANRO. 00000002990695							
000000000368320	22/11/2022 7:48:39 a. m.	5.100,00	0,00	0,00	0,00	5.100,00	Confirmado		
		FACTURANRO. SSC00007262747							
TOTAL 1. Recibo		1.132.500,00	0,00	0,00	0,00	1.132.500,00			
TOTAL 52309423-NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER		1.132.500,00	0,00	0,00	0,00	1.132.500,00			
TOTAL REGISTRADOS		0,00	1.132.500,00	0,00	1.132.500,00				
TOTAL GENERAL		1.132.500,00	0,00	0,00	0,00	1.132.500,00			
TOTAL REGISTRADOS		0,00	1.132.500,00	0,00	1.132.500,00				

CITAS ASIGNADAS

CITAS REGISTRADAS EN DGH											
15 Registros para: JAIRO ARTURO ROJAS - 1951-05-12 (71 Años) - 19138451											
Fecha Cita	Nombre Médico	Especialidad	Centro Atención	Asignada Por	Fecha Asignación	Factura	Consecutivo Cita	Estado	Cancelada por	Ratificación	Observación
2022-11-23 08:25:00.000	LABORATORIO CENTRO DE SALUD OLAYA	LABORATORIO CLINICO	CENTRO DE SALUD OLAYA	NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER	2022-11-22 08:20:38.993	00000002995680	7684678	Asignada			SIN HUELLA
	PRADA	MEDICINA	CENTRO	DAINY					DAINY	CAMBIO	VALORACIÓN INTEGRAL