5838

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 5838 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: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA C.C. 1.023.925.980 de: BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2022 Fecha Terminación inicial: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2022 Valor Mensual: $ 2.039.400 Valor a cobrar: $ 2.039.400

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO. | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.903.440 | 3137 | 2022-10-01 | 2022-10-31 |
| 2 | $ 2.039.400 | 3488 | 2022-11-01 | 2022-11-30 |
| 3 | $ 1.019.700 | 3804 | 2022-12-01 | 2022-12-15 |
| 4 | $ 3.059.100 | 4081 | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 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 | $ 1.019.700 | $ 309.400 | 61709109 | 8/09/2022 |
| 2 | OCTUBRE | $ 2.039.400 | $ 309.400 | 62540121 | 12/10/2022 |
| 3 | NOVIEMBRE | $ 2.039.400 | $ 309.400 | 63219268 | 10/11/2022 |
| 4 | DICIEMBRE | $ 2.039.400 | $ 309.400 | 63979344 | 12/12/2022 |
| 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 |
|---|---|---|---|
| $ 1.155.660 | $ 9.177.300 | $ 7.137.900 | $ 2.039.400 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS 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: 2022-12-01 Hasta: 2022-12-31

| | 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. Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio de los pacientes hospitalizados. 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 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 tecnologias 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. 8. Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por of area asistencial. 9. General Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario. 10. Elaborar factura de Hospitalización 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 abonor que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 14. Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Area De Tesoreria. 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 nocesano 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 SGSSS. 19. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 20. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne ol supervisor de contrato. | 1.Recepcionó, registró y confirmó las órdenes de servicio de los pacientes hospitalizados. 2.Verificó contra historia clínica que se encuentraran 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 Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.). 5. No Tramitó ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad, por tratarse de unidad alta 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 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 entreó al usuario. 10. Elaboró 118 facturas de Hospitalización 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 tesoreria.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 Tesoreria. 15.Entregó las facturas generadas, a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 16.Corregió 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.G.S.S.S. 19.Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.20.Realizó las demás | 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.

Deisy Bolivar
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 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 4-2022

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

C.C 1.023.925.980 de la ciudad de BOGOTÁ D.C.

**LA SUMA DE:**

| | | |
|---|---|---|
| **DOS MILLONES TREINTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE** | **$** | **2.039.400** |

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5838 2022 correspondiente al mes de DICIEMBRE de 2022

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

**Cordialmente,**

Deisy Bolivar

DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
C.C 1023925980
Teléfono 3507428637
Direccion CARRERA 3E N° 43C - 40 SUR
No Cuenta 550008400766906 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/12/2022

UNIDAD SANTA CLARA

## ACTIVIDADES MES DE NOVIEMBE-DICIEMBRE 2022

TOTAL DEL MES

| No. | ACTIVIDAD | FECHA | 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 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | TOTAL POR ACTIVIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Facturacion en ventanilla. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 2 | INGRESOS FACTURADOS | | | | 20 | 5 | 5 | 15 | | | 19 | 3 | 16 | | | 4 | 13 | 18 | | 0 | | 20 | 2 | | | 4 | 8 | 0 | 10 | 4 | 4 | 7 | | | 177 |
| 3 | Soportes a central de revision. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 4 | Solicitudes a soporte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 5 | Cargue de Informacion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 6 | Envio de facturas 206 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 7 | Reporte de pacientes covid. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| 8 | Realizacion de pagares. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 |
| TOTAL DE ACTIVIDADES | | | 0 | 0 | 20 | 5 | 5 | 15 | 0 | 0 | 19 | 3 | 16 | 0 | 0 | 4 | 13 | 18 | 0 | 0 | 0 | 20 | 2 | 0 | 0 | 4 | 8 | 0 | 10 | 4 | 4 | 7 | 0 | 0 | 177 |

DEISY BOLIVAR

TOTAL FACTURAS 177

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA | **NIT:** | 1023925980 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | noviembre 2022 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | noviembre 2022 |
| **Número de Radicación:** | 63979344 | **Total a pagar:** | $309,400 |
| **Fecha de vencimiento:** | 20/12/2022 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 12/12/2022 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 1806112904 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 1 | | $0 | $24,400 |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion) | 1 | | $0 | $160,000 |
| EPS002 | 800130907 | Salud Total EPS | 1 | | $0 | $125,000 |
| | | | | | | $309,400 |

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

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