Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE CONTRATACION
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 1253 2022	C.D.P. No.:	51	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL LA VICTORIA
Nombre del Contratista:	CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS			C.C.	1.071.629.760 de: TOMEQUE
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2022	Fecha Terminación inicial:	30 DE ABRIL DE 2022	Valor Mensual:	$ 1.812.800 Valor a cobrar: $ 1.812.800

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 602.267	1298	2022-05-01	2022-05-10
2	$ 1.208.533	1445	2022-05-11	2022-05-31
3	$ 119.348	1554	2022-06-01	2022-06-30
4	$ 1.812.800	1709	2022-07-01	2022-07-31
5	$ 1.812.800	1951	2022-08-01	2022-08-20
6	$ 116.933	2065	2022-08-21	2022-08-31
7	$ 1.208.533	2305	2022-09-01	2022-09-30
8	$ 602.267	2629	2022-10-01	2022-10-31
9	$ 1.812.800	2754	2022-11-01	2022-11-30
10	$ 379.432	2783	2022-12-01	2022-12-18
11	$ 1.812.800	3137	2022-12-01	2022-12-15
12	$ 1.812.800	3408	2022-12-16	2023-01-31
13	$ 908.809	3804	1900-01-00	1900-01-00
14	$ 2.719.201	4081		
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	$ 1.760 000	$ 309 400	56399067	4/02/2022
2	MARZO	$ 1.760 000	$ 309 400	57108505	2/03/2022
3	ABRIL	$ 1.760 000	$ 309 400	51864402	4/04/2022
4	MAYO	$ 1.920.099	$ 309 400	58543059	4/05/2022
5	JUNIO	$ 1.922.755	$ 309 400	59259817	6/06/2022
6	JULIO	$ 1.812.800	$ 309 400	8339535949	13/07/2022
7	AGOSTO	$ 1.812.800	$ 309 400	60660529	8/08/2022
8	SEPTIEMBRE	$ 1 988 232	$ 309 400	61429649	16/09/2022
9	OCTUBRE	$ 1.812.800	$ 309 400	62193221	10/11/2022
10	NOVIEMBRE	$ 1.812.800	$ 309 400	62911180	9/11/2022
11	DICIEMBRE	$ 1.812.800	$ 309 400	63650676	9/12/2022
12	ENERO	$ 1.812.800	$ 309 400	64420537	10/01/2023
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 5.280.000	$ 22.001.133	$ 21.994.796	$ 6.339

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 período: Desde: 2023-01-01 Hasta: 2023-01-31

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO 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 quirurgico 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.No se Tramitó 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 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 Observacion y recibos 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 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 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 actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.19.Asistir a las sesiones y capacitaciones programadas por el área.20.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	En el periodo comprendido se realizo el cumplimiento al 100% del desarrollo de las actividades contratadas, se anexan folios con las evidencias

Observaciones:

Nota: El deber contractual anotar la cotización del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo asignar 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 los fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 1.071.629.760 de TOMEQUE

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 12-2022

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS

C.C 1.071.629.760 de la ciudad de FOMEQUE

LA SUMA DE:

UN MILLON OCHOCIENTOS DOCE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE	**$**	**1.812.800**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 1253 2022 correspondiente al mes de ENERO de 2023

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,

CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS
C.C 1071629760
Teléfono 3217573196
Direccion CALLE 65 SUSR # 77M-04
No Cuenta 466870049775 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/01/2023

UNIDAD VICTORIA

ACTIVIDADES MES DE DICIEMBRE 2022 A ENERO 2023

TOTAL DEL MES

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
Facturacion en ventanilla.																																		0
INGRESOS FACTURADOS				21				22		26		18	22	30		22		24				22		20		15								242
Soportes a central de revision.																																		0
Solicitudes a soporte.																																		0
Cargue de informacion																																		0
Envio de facturas 206																																		0
Reporte de pacientes covid.																																		0
Realizacion de pagares.																																		0
TAL DE ACTIVIDADES		0	0	21	0	0	0	22	0	26	0	18	22	30	0	22	0	24	0	0	0	22	0	20	0	15	0	0	0	0	0	0	0	242

CRISTIAN CAMILO REYES

242

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	1071629760	CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS	KR 78 58 K 03 SUR	3142975378	reyescamilo411@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	10/01/2023	64420537	$309.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	309.400	309.400

COPIA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1071629760	CRISTIAN CAMILO REYES RAMOS		KR 78 58 K 03 SUR	3142975378	reyescamilo411@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2022-12	2022-12	I	10/01/2023	64420537	TOTAL A PAGAR	
					$309.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CONDICIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1071629760	REYES RAMOS CRISTIAN CAMILO	59	0			N																	230301	1.000.000	160.000	0	0	0	0	EPS008	1.000.000	125.000	14-11	1.000.000	3	24.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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