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 A LA GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: APOYA-FT-0014
VERSION: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2741 2023	CDP No.:	122	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL
Nombre del Contratista:	DINA LUCIA TIRADO DIAZ			C.C.	1.065.852 de: MONTERIA
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2023	Fecha Terminación inicial:	30 DE ABRIL DE 2023	Valor Mensual:	$ 1.562.500
				Valor a cobrar:	$ 3.912.800

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.562.500	$ 195.300	52611	28/02/2023
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Resumen de contrato:

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.438.400	$ 5.438.400	$ 3.912.800	$ 3.625.600

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION EN LA UNIDAD FUNCIONAL DE FACTURACION DEL HOSPITAL MATERNO INFANTIL

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 01/02/23 Hasta: 28/02/23

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las asignadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1 Recepcionar, registrar y confirmar las ordenes de servicio de observacion de urgencias 2 Verificar cuenta medica clinica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados dentro de la factura 3 Revisar los medicamentos y material medico quirurgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermeria 4 Registrar la información referente a la atencion de los Recien 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 area 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 area 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 recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratacion y normatividad vigente 11 Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperacion que haga a los usuarios en sistema de información y ante el area de tesoreria 12 Diligenciar la solicitud de credito 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 por 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 legalizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area lo cual se entrega dentro de las 24 horas siguientes a su generacion 16 Realizar ajustes que hace a errores de anulacion 17 Realizar ajustes inoportunos y tardios planillas de autorizacion en el sistema que no se encuentren con el sistema de información 18 Archivar facturas radicadas 19 Realizar actualizacion en el sistema de información 20 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area 21 Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Durante el periodo comprendido del mes de febrero, se realizo el cumplimiento del 100% de las actividades y obligaciones contenidas en el contrato. Se anexa 1 folio de las evidencias recopiladas

Nota: Debe contratista aportar la constancia con del pago a Salud (pensión) ARL. En caso de tener contrato anterior 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 unificada de acuerdo con los hechos establecidos en el Decreto 1990 de 2016

Firma del Contratista

C.C. 1.065.852 de MONTERIA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARIA MARLENE RAMOS ACUÑA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2			
PERIODO	DESDE 01 FEBRERO HASTA EL 13 DE FEBRERO 2023	PERIODO	DESDE 14 FEBRERO HASTA EL 28 DE FEBRERO 2023
NOMBRE:	NATALIA ORTIZ PAJOY	NOMBRE:	JUAN ANTONIO MARTINEZ BENAO
CARGO:	JEFE OFICINA FINANCIERA	CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO E
FIRMA:		FIRMA	

Cuenta de cobro 1-2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ

C.C 50.904.852 de la ciudad de MONTERIA

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 2741 2023 correspondiente al mes de FEBRERO 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,

DINALBA LUISA TIRADO DIAZ
C.C 50904852
Teléfono 3142291501
Direccion Calle 57c # 98c-50
No Cuenta 8480294761 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 28/02/2023

UNIDAD MATERNO INFANTIL

ACTIVIDADES MES DE 15 ENERO A FEBRERO 15 /2022

TOTAL DEL MES

No.	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	16	17	18	TOTAL POR ACTIVIDAD
1	Facturacion en ventanilla.		0	0	54	0	54	0	0	0	65	0	58	0	48	10	15	0	58	0	58	0	45	0	40	0	35	0	35	25	30	0	0	0	0	0	0	630
2	INGRESOS FACTURADOS		0	0	25	0	23	0	0	0	15	0	27	0	15	10	15	0	25	0	32	0	35	0	40	0	45	0	35	25	20	0	0	0	0	0	0	387
3	Soportes a central de revision.		0	0	20	0	22	0	0	0	16	0	27	0	15	10	15	0	26	0	28	0	35	0	35	0	35	0	35	15	20	0	0	0	0	0	0	354
4	Solicitudes a soporte.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Cargue de informacion		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	54
6	Envio de facturas 206		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Peporte de pacientes covid.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Realizacion de pagares.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE ACTIVIDADES			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1.425

LUISA TIRADO DIAZ
50904852
UNIDAD MATERNO INFANTIL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO DE NOTIFICACIÓN
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
CÓDIGO MUNICIPIO
DIRECCIÓN
TIPO APORTANTE
TIPO EMPRESA
FORMA DE PRESENTACIÓN
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)

CÉDULA DE CIUDADANÍA — NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
BOGOTA D.C. DISTRITO CAPITAL — DEPARTAMENTO
CLASE APORTANTE — TELÉFONO
CONTADOR INDEPENDIENTE — E-MAIL APORTANTE
PRIVADA — ACTIVIDAD ECONÓMICA
ÚNICO

DINALBA LISSA TRIANA DIAZ
BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
INDEPENDIENTE
Actividades reguladoras y fiscalizadoras de la ad

NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA — $164011359 — TIPO DE PLANILLA — E-INDEPENDIENTES
PERÍODO COTIZACIÓN APORTES — MES — enero AÑO 2023 — PERÍODO COTIZACIÓN SALUD — MES enero AÑO 2023
DÍAS DE MORA
FECHA PAGO (aaaa-mm-dd) — 2023-02-09 — NÚMERO AUTOLIQUIDACIÓN — 935194125

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS APORTANTE	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 185.600
SUBTOTALES:										**$ 185.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.600**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD EPS ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD EPS ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017 FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 0	$ 0	$ 145.000
SUBTOTALES:													**$ 145.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 145.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-1	14-1 ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 28.300	$ 28.300	$ 0	$ 0	$ 28.300
SUBTOTALES									**$ 28.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 28.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO NO COTIZA	RESIDENTE EXTERIOR	DÍAS COTIZADOS PENSIÓN	DÍAS COTIZADOS SALUD	DÍAS COTIZADOS ARL	DÍAS COTIZADOS CCF	DÍAS COTIZADOS ICBF	DÍAS COTIZADOS SENA	INGRESO BASE COTIZACIÓN	TARIFA APORTE	APORTE OBLIGATORIO	APORTE VOLUNTARIO APORTANTE	APORTE VOLUNTARIO COTIZANTE	TOTAL APORTES	VALOR NO RETENIDO	VALOR UPC ADICIONAL	NUMERO INCAPACIDAD	DÍAS INCAPACIDAD	VALOR INCAPACIDAD	NUMERO LICENCIA MATERNIDAD	DÍAS LICENCIA MATERNIDAD	VALOR LICENCIA MATERNIDAD	PENSIÓN ADMIN	PENSIÓN IBC	PENSIÓN COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARL ADMIN	ARL IBC	ARL CENTRO DE TRABAJO	ARL TOTAL APORTE	CCF IBC	CCF ADMIN	PARAFISCALES SENA TOTAL APORTE	PARAFISCALES ICBF TOTAL APORTE	PARAFISCALES C.F. TOTAL APORTE	PARAFISCALES TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	1 DEPENDIENTE				30	30	30	30	30	30	$ 185.600	0,522%	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0											$ 1.160.000	$ 185.600				$ 0	$ 185.600	Normal	$ 145.000	EPS017 FAMISANA	$ 0	$ 145.000			1	SN00171777	$ 28.300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
																																					APLICA	1											

TOTAL **$ 358.900**