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 - GESTION DE CONTRATACION
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CODIGO: AP-EX-FT-014
VERSION: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: **PS 2863 2023**

C.D.P. No.: [illegible]

Proceso que pertenece: DIRECCION FINANCIERA
Servicio al que pertenece: FACTURACION
Unidad a la que pertenece: HOSPITAL SAN [illegible]

Nombre del Contratista: YOHANNA PATRICIA FARFAN MAYORGA

C.C.: [illegible] de BOGOTA D.C.

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2023

Fecha Terminación inicial: [illegible] ABRIL DE 2023

Valor Mensual: $ 2.039.400

Valor a cobrar: $ 2.039.400

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

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	[illegible]	$ 2[illegible]	$ [illegible]	[illegible]	[illegible]
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
$ 6.118.200	$ 6.118.200	$ 2.039.400	$ 4.078.800

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

OBJETO DEL CONTRATO

N.D.

Relacion de actividades para el periodo: Desde: [illegible] Hasta: [illegible]

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas 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 los pacientes hospitalizados. 2 Verificar contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados dentro de la factura. 3 Revisar los medicamentos y material medico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermería. 4 Registrar la información relevante a la atención de los Recien Nacidos (talla, sexo, peso, etc.). 5 Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de [illegible] de las unidades de [illegible] 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 según normatividad vigente para las EAPB 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 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 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 Área De Tesorería. 15 Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 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 actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 19 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 20 Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	1 Recepcionó, registró y confirmó las ordenes de servicio de los pacientes hospitalizados. 2 Verificó contra historia clínica que se encontraran registrados todos los procedimientos realizados dentro de la factura. 3 Revisó los medicamentos y material medico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermería. 4 Registró la información relevante a la atención de los Recien Nacidos [illegible]. 5 Tramitó ante las EAPB las autorizaciones de [illegible] de las unidades de [illegible] complejidad [illegible]. 6 Verificó y adjuntó los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios [illegible] 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 entregó al usuario. 10 Elaboró factura 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 tesorería. 12 Diligenció la solicitud de crédito [illegible] de acuerdo de pago y verificó el registro de la información suministrada por el usuario. 13 Recibió e ingresó los abonos que realizaron los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 14 Realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área de Tesorería. 15 Entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 16 Corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepción las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 17 Brindó el apoyo necesario y realizó 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 actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Durante el periodo comprendido del mes de Febrero se realizó el cumplimiento del 100% de las actividades y obligaciones contenidas en el contrato. Se anexa [illegible] de las evidencias realizadas.

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato [illegible] soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social [illegible] 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. [illegible] de BOGOTA D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARIA MARCENY RAMOS [illegible]
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:	[illegible]	NOMBRE:	ORLANDO [illegible]
CARGO:	DIRECTORA FINANCIERA	CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO [illegible]
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:

YOHANNA PATRICIA FARFAN MAYORGA

C.C 52.180.032 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 2863 2023 correspondiente al mes de FEBRERO de 2023

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,

YOHANNA PATRICIA FARFAN MAYORGA
C.C 52180032
Teléfono 3118948352
Direccion CARRERA 72 N N° 35B - 10 SUR
No Cuenta 765056309 AHORROS BANCO ITAU
Fecha: 28/02/2023

UNIDAD SANTA CLARA

ACTIVIDADES MES DE ENERO /2023 A FEBRERO 2023

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	TOTAL POR ACTIVIDAD
1	Facturacion en ventanilla.																																			0
2	Facturas realizadas.				10		10		10			10		10		10		10			10			10		10		10		10		10		10		140
3	Soportes a central de revision.																																			0
4	Solicitudes a soporte.				5		10		5			10		5		10		5			5			10		10		4		8		6		1		94
5	Cargue de informacion				10		10		10			10		10		10		10			10			10		10		10		10		10		10		140
6	Envio de facturas 206				5		5		5			5		5		5		5			5			4		2		3		4		5		3		61
7	Reporte de pacientes covid.				2		2		4			2		2		1		1			1					1				2		2				20
8	Realizacion de pagares.																																			0
TOTAL DE ACTIVIDADES			0	0	32	0	37	0	34	0	0	37	0	32	0	36	0	31	0	0	31	0	0	34	0	33	0	27	0	34						455

Johana Tarfa

CC. 52180032 Bta

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52180032	yohanna patricia farfan mayorga	kra 72 k 35 b 20 sur	2652501	yofania364@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 Independiente		BOGOTA D.C	BOGOTA D.C		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	1	09/02/2023	65445437	$358.900	

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	900406041-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	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	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	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	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.900	358.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
C C	9[illegible]8302	[illegible]		Kra 72 K [illegible]	2[illegible]491	[illegible]	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AND)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	
					TOTAL A PAGAR	
202402	202402	1	09/02/2024	0644[illegible]37	$ 68.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSION							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No	Tipo	No. de Identificacion	Apellidos y Nombres	Depto	Subsidio	Extranjero	Colom. Exterior	VSP	IGE	IRL	TDE	TAE	TDP	TAP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	SUSPENSION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotizacion	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	Cotizacion	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																	25-1	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

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