5098

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5098 2018 **C.D.P. No.:** 2573 **Proceso al que pertenece:** FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: LEIDY YOANA WILCHES MUELAS **C.C.** 1.023.912.723 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-10 **Fecha Terminación incial:** 2017-08-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.134.000

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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 257.500	1014227684
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.620.000	$ 1.620.000	$ 1.134.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN ELPROCESO DE FACTURACION (**URGENCIAS**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-10 **Hasta:** 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH	Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando faltante.
2	Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al
3	Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	Verificar en todas las bases de datos (fosyga, dnp,bdua, comprobador web, capita) el estado de afiliacion del paciente tanto por nombre como por apellidos.
4	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria.	Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.
6	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción.	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
7	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	7. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.
8	1. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Leidy Wilches

Firma del Contratista

C.C. 1.023.912.723 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

ión reporte 2018-07-24, 12:19:23 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014227684 **Referencia pago(PIN)** 8891678920

Periodo Cotización 201807 **Periodo Servicio** 201807

ente:

PAGADA 2018-07-10

E

	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS				
	CC 1023912723	**Dirección**	calle 27 a sur 1 a 06 este montebello		
esa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2060401		
ona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
d	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
epresentante Legal	WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	**Identificación**	CC 1023912723		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023912723		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12.5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2.436 %	$ 781.242	$ 19.100	CCF24	2 %	$ 781.242	$ 15.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

5098

5094

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO – OPS: PS 5098 2018 **C.D.P. No.:** 2571 **Proceso al que pertenece:** FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: LEIDY YOANA WILCHES MUELAS **C.C.** 1.023.912.723 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-10 **Fecha Terminación inicial:** 2017-08-09 **Valor Mensual:** $ 2.195.000 **Valor a cobrar:** $ 3.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.536.000	$ 293.500	30142276B4
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 293.500	30142281J8
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.195.000	$ 3.815.000	$ 3.156.000	$ 659.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (**URGENCIAS**) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar acompañamiento diario y auditoria concurrente a los facturadores.	Realicé acompañamiento a los 23 facturadores a cargo de las Unidades de Primer y Segundo nivel, aclarando dudas e inquietudes. Ademas de revisar a diario la base de datos de entrega de facturas para realizar auditoria concurrente.
2	Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rapida de la factura.	Se brindo apoyo a los facturadores dando solución a dudas con el fin de garantizar el cobro del 100% de los servicios prestados a los usuarios y dar oportunidad en la generación de facturas.
3	Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.	Se recepcionó las facturas generadas en el sistema de información cruzandolo contra la cantidad entregada por cada facturador a cargo para garantizar la entrega del 100% de las facturas. En el mes de Agosto se recepcionó un promedio de 3500 facturas.
4	Realizar auditoria previa y posterior a la realización de facturación	Se realizo revisión posterior a la generación de facturas, verificando centros de costos, facturas de triage con valor cero, las facturas particulares deben traer recibo de caja y que el facturador entregue completo el total de las facturas generadas.
5	Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.	Se realizó revisión de todas las facturas recibidas corroborando que cada una traigan sus respectivos soportes
6	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se verificó que los copagos y/o cuotas de recuperación estuvieran cobradas de acuerdo a la normatividad, que las actividades realizadas estuvieran cobradas según manual tarifario corroborando la información contra historia clínica.
7	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	No se realizo verificacion de RIPS.
8	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se revisaron las cuentas contra historia clinica y soportes de la misma para garantizar el cobro del 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones medicas brindadas a los pacientes.
9	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable	Se realizo recepción de 200 devoluciones emitidas por la central de revisión de primer nivel. Se entablo comunicación con los facturadores para garantizar dar respuesta oportuna a las devoluciones y se coordino con las referentes de Facturacion de cada Unidad para que los facturadores realizaran respuesta dentro de las 48 horas siguientes a la devolución.
10	Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.	Se verificó a diario en la base de datos las devoluciones recepcionadas y se realizó seguimiento a las mismas para gestionar la respuesta oportuna de las devoluciones.
11	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se verificó a diario informe de facturas anuladas sin reemplazar con el fin de corroborar que las facturas anuladas sean reemplazadas 100%. En los casos en que se evidencio cuentas pendientes por refacturar se notifico a cada aficturador a cargo para que continuara con el respectivo tramite de reemplazo para garantizar el cierre de las facturas.
12	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica	Se realiza revision del 100% de las facturas generadas al evento verificando que la solicitud y seguimiento de las autorizaciones sea el adecuado para la radicacion de la cuenta
13	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se verifico soportes y FURIPS de las cuentas a cargo de aseguradoras por accidentes de transito
14	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Se realiza entrega diaria según el cronograma establecido por el area de armado de cuentas y cumpliendo con las directrices pactadas para garantizar la radicación del 100% de las facturas generadas.
15	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.	Se brindo apoyo a los facturadores de las Unidades de Primer Nivel en los planes de contingencia, descargando las bases de datos de pacientes capitados y laboratorios PGP con el fin de tener las herramientas necesarias para dar solución a los inconvenientes que se presentan diariamente.
16	Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Participo activamente de las capacitaciones y actualizaciones presentadas por la Referente de Facturación y de las retroalimentaciones que se realizan a diario cuando se despejan dudas e inquietudes.
17	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Participo activamente de las reuniones solicitadas por mi supervisor de contrato.
18	Demas actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Area de Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

leidy wilches

Firma del Contratista

C.C. 1.023.912.723 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-08-14, 01:40:47 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1014228118 **Referencia pago(PIN)** 8891678920

Periodo Cotización 201808 **Periodo Servicio** 201808

Cliente:

PAGADA 2018-08-14

DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS				
Documento	CC 1023912723	**Dirección**	calle 27 a sur 1 a 06 este montebello		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2060401		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	**Identificación**	CC 1023912723		

. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023912723		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

I. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
														0	30	30	30	30			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	CCF24	2 %	$ 781.242	$ 15.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

V.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ARL | sura

Medellín, 28 de agosto de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que LEIDY YOANA WILCHES MUELAS identificado(a) con cédula de ciudadanía 1023912723 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 18/02/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIE N900959051

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10239127231824063931

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 28/08/2018 5.45 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5098 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista:	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS		**C.C.**	1.023.912.723	**de:**	Bogota	
Fecha Inicio:	2018-07-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-08-09	**Valor Mensual:**	$ 1.620.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 257.500	1014227684
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 258.000	1014228118
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 257.500	1014989069
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.620.000	$ 4.860.000	$ 4.374.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , FACTURADOR URGENCIAS

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	FACTURADOR URGENCIAS 1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes	Cumplo con las normas de seguridad al paciente verificando documento de identidad
2	2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta	Actualizo los datos del usuario al momento de la atencion en urgencias
3	3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Verifica el estado de afiliacion de los pacientes que acuden al servicio de urgencias
4	4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Imprimir los pantallazos correspondientes a la verificacion de derechos de cada usuarios
5	5. Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	Se entregan las ordenes medicas de cada usuario
6	6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Facturando cada uno de los servicios en el aplicativo DGH
7	7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Facturando al 100% todo lo que se le hace Triage IV y V a la empresa 15000
8	8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago	Se hace entrega diaria de turno por libro
9	9. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Se realiza el tramite de autorizacion de cada usuario a las diferente entidades de salud, cumpliendo la normatividad vigente Se realiza censo con trabajo social varias veces al dia y se reportan las necesidades con trabajo social
10	10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Antes de cerrar cada factura se verifica que se carguen en su totalidad medicamentos por farmacia Se genera factura y recibo de caja a todo paciente que le dan egreso o que salga remitido
11	11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recaudo de dinero de los servicios prestados, almacenandolos en la cajilla fuerte Generando informe diario, en los formatos establecidos y acta de entrega a tesoreria del dinero recaudado. Generando diariamente el informe de facturacion, para su punteo y entrega completa al area revisora Corrigiendo las devoluciones con prontitud y calidad. Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI CHIRCALES
12	12. Apoyar y realizar el cargue de información en el sistema de información DGH.NET y en bases de datos cuando se requiera conforme a las contingencias del área.	
13	13. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	
14	14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	
15	15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Leidy Wilches

Firma del Contratista

C.C. 1.023.912.723 **de** Bogota

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Simple.

Fecha creación reporte	2018-09-25, 01:16:43 PM	**Tipo Planilla**	I	**Número Planilla** 1014989069	**Referencia pago(PIN)** 8891678920
		Periodo Cotización	201809	**Periodo Servicio** 201809	
Cliente:					

PAGADA 2018-09-10

. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS		
Documento	CC 1023912723	**Dirección**	calle 27 a sur 1 a 06 este montebello
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2060401
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO — **Total Afiliados** 1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	**Identificación**	CC 1023912723

I. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023912723		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

II. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario
RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				
														0	30	30	30	30				$ 781.242

Pensión							Salud					
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	CCF24	2 %	$ 781.242	$ 15.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

V.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

5098

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5098 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista:	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS	**C.C.**	1.023.912.723	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-08-09	**Valor Mensual:**	$ 1.620.000
Valor a cobrar:	$ 1.620.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.245.000	3531		
5				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.536.000	$ 257.500	1014227684
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 258.000	1014228118
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 257.500	1014989069
4	OCTUBRE	$ 1.455.000	$ 257.500	1015521657
5				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 2.195.000	$ 5.435.000	$ 4.776.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN ELPROCESO DE FACTURACION (**URGENCIAS**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.
2	Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema
3	Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	Verificar en todas las bases de datos (fosyga, drp,bdua, comprobador web, capita) el estado de afiliacion del paciente tanto por nombre como por apellidos.
4	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.
6	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción.	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
7	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	7. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.
8	1. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas
9		Ingresar los usuarios al triage y dar citas prioritarias a los usuarios .
10		Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.
11		Srealiza entrega diarsa segun el cronograma establecido por el area de armado de cuentas y cumpliendo con las directrices pactadas para garantizar la radicacion del 100% de las facturas generadas 290 las cuales se devolvieron 11 que fueron entregadas dentro de las 48 horas establecidas en su respectiva correccion.
12		participo activamnete de las capacitaciones y actualizaciones presentadas por la referente de facturacion y de las retroalimentaciones que realizan a diario cuando se despejan dudas e inquietudes
13		participo activamnete de las reuniones solicitadas 19 de septiembre por mi supervisor de contrato
13		se realizan las actividades adicionales que solicita mi supervisor de contrato

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

leidy wilches
Firma del Contratista

C.C. 1.023.912.723 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-17, 01:17:12 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015521657 **Referencia pago(PIN)** 8891678920

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS				
Documento	CC 1023912723	**Dirección**	calle 27 a sur 1 a 06 este montebello		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2060401		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023912723		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	CCF24	2 %	$ 781.242	$ 15.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

3605

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 INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5098 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN CRISTOBAL
Nombre del Contratista:	LEIDY YOANA WILCHES MURILLAS			**C.C.**	1.023.912.723 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-07-10	**Fecha Terminación inicial:**	2017-08-09	**Valor Mensual:**	$ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	3520		
5	$ 407.239	3614		
6	$ 1.212.361	3792		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.536.000	$ 257.500	1014227644
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 258.000	1014228138
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 257.500	1014980969
4	OCTUBRE	$ 1.620.000	$ 257.500	1015521657
5	NOVIEMBRE	$ 1.620.000	$ 258.000	1016150618
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.195.000	$ 8.675.000	$ 8.016.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (**URGENCIAS**) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar acompañamiento diario y auditoria concurrente a los facturadores.	Realicé acompañamiento a los 23 facturadores a cargo de las Unidades de Primer y Segundo nivel, aclarando dudas e inquietudes. Ademas de revisar a diario la base de datos de entrega de facturas para realizar auditoria concurrente.
2	Servir como apoyo al facturador de piso para la solucion de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura	Se brindo apoyo a los facturadores dando solución a dudas con el fin de garantizar el cobro del 100% de los servicios prestados a los usuarios y dar oportunidad en la generacion de facturas.
3	Recepcionar las facturas de acuerdo a sintesis de facturador.	Se recepcionó las facturas generadas en el sistema de información cruzandolo contra la cantidad entregada por cada facutador a cargo para garantizar la entrega del 100% de las facturas. En el mes de Agosto se recepcionó un promedio de 3500 facturas.
4	Realizar auditoria previa y posterior a la realización de facturación	Se realizo revisión posterior a la generación de facturas, verificando centros de costos, facturas de triage con valor cero, las facturas particulares deben traer recibo de caja y que el facturador entregue completo el total de las facturas generadas.
5	Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.	Se realizó revision de todas las facturas recibidas corroborando que cada una traigan sus respectivos soportes
6	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clinica y manuales tarifarios.	Se verificó que los copagos y/o cuotas de recuperación estuvieran cobradas de acuerdo a la normatividad, que las actividades realizadas estuvieran cobradas segun manual tarifario corroborando la información contra historia clínica.
7	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clinica.	No se realizo verificación de RIPS.
8	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia	Se revisaron las cuentas contra historia clínica y soportes de la misma para garantizar el cobro del 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones medicas brindadas a los pacientes.
9	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Se realizó recepción de 200 devoluciones emitidas por la central de revisión de primer nivel. Se estableció comunicación con los facturadores para garantizar dar respuesta oportuna a las devoluciones y se coordino con las referentes de Facturación de cada Unidad para que los facturadores realizaran respuesta dentro de las 48 horas siguientes a la devolución.
10	Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.	Se verificó a diario en la base de datos las devoluciones recepcionadas y se realizó seguimiento a las mismas para gestionar la respuesta oportuna de las devoluciones.
11	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clinica y manuales tarifarios.	Se verificó a diario informe de facturas anuladas sin reemplazar con el fin de corroborar que las facturas anuladas sean reemplazadas 100%. En los casos en que se evidencio cuentas pendientes por refacturar se notificó a cada afacturador a cargo para que continuara con el respectivo tramite de reemplazo para garantizar el cierre de las facturas.
12	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clinica	Se realiza revision del 100% de las facturas generadas al evento verificando que la solicitud y seguimiento de las autorizaciones sea el adecuado para la radicacion de la cuenta
13	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se verificó soportes y FURIPS de las cuentas a cargo de aseguradoras por accidentes de transito.
14	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Se realiza entrega diaria segun el cronograma establecido por el area de armado de cuentas y cumpliendo con las directrices pactadas para garantizar la radicación del 100% de las facturas generadas 290 las cuales se devolvieron 11 que fueron entregadasdentro de las 48 horas establecidas en su respectiva corrección
15	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.	Se brindo apoyo a los facturadores de las Unidades de Primer Nivel en los planes de contingencia, descargando las bases de datos de pacientes capitados y laboratorios PGP con el fin de tener las herramientas necesarias para dar solución a los inconvenientes que se presentan diariamente
16	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S G S.S.S.	Partucipo activamente de las capacitaciones y actualizaciones presentadas por la Referente de Facturación y de las retroalimentaciones que se realizan a diario cuando se despejan dudas e inquietudes.
17	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Partucipo activamente de las reuniones solicitadas 19 septiembre por mi supervisor de contrato
18	Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Area de Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.023.912.723 BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS
CARGO:	PERSONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-11-20, 09:17:42 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1015521657 **Referencia pago(PIN)** 8891678920

Periodo Cotización 201810 **Periodo Servicio** 201810

Cliente:

PAGADA 2018-10-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS				
Documento	CC 1023912723	**Dirección**	calle 27 a sur 1 a 06 este montebello		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2060401		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

I. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1023912723		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					WILCHES MUELAS LEIDY YOANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

II. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 781.242	230301		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	14-28	3	2,436 %	$ 781.242	$ 19.100	CCF24	2 %	$ 781.242	$ 15.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARP SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 19.100	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

2605

5098

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

5098

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 5098 2018 **C.D.P. No.:** 2571 **Proceso al que pertenece:** FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: LEIDY YOANA WILCHES MUELAS **C.C.** 1.023.912.723 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-07-10 **Fecha Terminación inicial:** 2017-08-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	3520		
5	$ 407.239	3634		
6	$ 1.212.761	3792		
7	$ 1.890.000	4017	2018-12-16	2019-01-15
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.536.000	$ 257.500	1014227684
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 258.000	1014228118
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 257.500	1014980069
4	OCTUBRE	$ 1.620.000	$ 257.500	1015521657
5	NOVIEMBRE	$ 1.620.000	$ 258.000	1016150618
6	DICIEMBRE	$ 1.620.000	$ 258.000	1016150618
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 9.720.000	$ 17.388.000	$ 16.902.000	$ 756.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (**URGENCIAS**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Realizar acompañamiento diario y auditoria concurrente a los facturadores.	Realicé acompañamiento a los 23 facturadores a cargo de las Unidades de Primer y Segundo nivel, aclarando dudas e inquietudes. Ademas de revisar a diario la base de datos de entrega de facturas para realizar auditoria concurrente.
2	Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura	Se brindo apoyo a los facturadores dando solución a dudas con el fin de garantizar el cobro del 100% de los servicios prestados a los usuarios y dar oportunidad en la generación de facturas.
3	Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.	Se recepcionó las facturas generadas en el sistema de información cruzandolo contra la cantidad entregada por cada facutador a cargo para garantizar la entrega del 100% de las facturas. En el mes de Agosto se recepcionó un promedio de 3500 facturas.
4	Realizar auditoria previa y posterior a la realización de facturación	Se realizo revision posterior a la generacion de facturas, verificando centros de costos, facturas de triage con valor cero, las facturas particulares deben traer recibo de caja y que el facturador entregue completo el total de las facturas generadas.
5	Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.	Se realizó revision de todas las facturas recibidas corroborando que cada una traigan sus respectivos soportes
6	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se verificó que los copagos y/o cuotas de recuperación estuvieran cobradas de acuerdo a la normatividad, que las actividades realizadas estuvieran cobradas según manual tarifario corroborando la información contra historia clinica.
7	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	No se realizo verificación de RIPS.
8	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se revisaron las cuentas contra historia clinica y soportes de la misma para garantizar el cobro del 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones medicas brindadas a los pacientes.
9	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Se realizó recepción de 200 devoluciones emitidas por la central de revisión de primer nivel. Se entablo comunicación con los facturadores para garantizar dar respuesta oportuna a las devoluciones y se coordino con las referentes de Facturación de cada Unidad para que los facturadores realizaran respuesta dentro de las 48 horas siguientes a la devolución.
10	Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.	Se verificó a diario en la base de datos las devoluciones recepcionadas y se realizó seguimiento a las mismas para gestionar la respuesta oportuna de las devoluciones.
11	Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se verificó a diario informe de facturas anuladas sin reemplazar con el fin de corroborar que las facturas anuladas sean reemplazadas 100%. En los casos en que se evidencio cuentas pendientes por refacturar se notificó a cada afacturador a cargo para que continuara con el respectivo tramite de reemplazo para garantizar el cierre de las facturas.
12	Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	Se realiza revision del 100% de las facturas generadas al evento verificando que la solicitud y seguimiento de las autorizaciones sea el adecuado para la radicacion de la cuenta
13	Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.	Se verificó soportes y FURDPS de las cuentas a cargo de aseguradoras por accidentes de transito
14	Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable	Se realiza entrega diaria según el cronograma establecido por el area de armado de cuentas y cumpliendo con las directrices pactadas para garantizar la radicación del 100% de las facturas generadas 290 las cuales se devolvieron 11 que fueron entregadas dentro de las 48 horas establecidas en su respectiva contratación
15	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.	Se brindo apoyo a los facturadores de las Unidades de Primer Nivel en los planes de contingencia, descargando las bases de datos de pacientes capitados y laboratorios PGP con el fin de tener las herramientas necesarias para dar solución a los inconvenientes que se presentan diariamente.
16	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Participo activamente de las capacitaciones y actualizaciones presentadas por la Referente de Facturación y de las retroalimentaciones que se realizan a diario cuando se despejan dudas e inquietudes.
17	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Participo activamente de las reuniones solicitadas 19 septiembre por mi supervisor de contrato
18	Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.023.912.723 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS
CARGO:	PERSONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-12-12, 01:08:10 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016150618

Periodo Cotización: noviembre de 2018 **Periodo Servicio:** noviembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8891678920

PAGADO 12/12/2018

S DEL APORTANTE

ocial	LEIDY YOANA WILCHES MUELAS		
ento	CC1023912723	**Dirección**	calle 27 a sur 1 a 06 este montebello
Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2060401
rsona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
ntante Legal		**Identificación**	
iliados	1	**ARP**	ARP SURA

LLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado			Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
LEIDY YOANA WILCHES MUELAS	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 781,242	$ 125,000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781,242	$ 97,700	2.436	$ 781,242	$ 19,100	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 781,242	$ 15,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257,500

OTALES

ensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781,242	$ 781,242	$ 781,242	$ 781,242	$ 125,000	$ 97,700	$ 19,100	$ 15,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257,500	$ 1,100	$ 258,600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

978