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 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5
Proceso al que pertenece:	FACTURACION		
Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE		
Nombre del Contratista:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA	**C.C.**	1.023.925.980
de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-07-09
Valor Mensual:	$ 1.410.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.410.000

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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
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
	$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 3.807.000	$ 4.653.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-03-01 **Hasta:** 2018-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Correjir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de DGH.NET Y bases de datos.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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 prumera cuenta de cobro

Deisy Bolivar.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ORLANDO MARTINEZ
CARGO:	DIRECTOR ADMINISTRATIVO
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono: 3640922
Correo: paola272910@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326145905

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8326145905
Fecha pago	2018-03-07
Número de autorización pago	1000000833
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

8326145905

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

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 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE
Nombre del Contratista:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA			**C.C.**	1.023.925.980 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-07-09	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.700	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 5.217.000	$ 3.243.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (CONSULTA EXTERNA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-04-01 **Hasta:** 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y las soporto con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que realizan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad Vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad Vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a la recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizo planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono: 3640922
Correo: paola272910@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326806510

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8326806510
Fecha pago	2018-04-11
Número de autorización pago	1000000322
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

8326806510

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

.. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

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 2246 - 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA C.C. 1.023.925.980 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminacion inicial: 2018-07-09 Valor Mensual: $ 1.410.000 Valor a cobrar: $ 1.410.000

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	ENERO	$ 987.000	$ 228.700	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327251445
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
	$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 6.627.000	$ 1.833.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (CONSULTA EXTERNA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2018-05-01 Hasta: 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las ordenes medicas y autorizacion fisica que presenta el paciente para su atencion por consulta externa	Verifico las ordenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de informacion DGH y soportarla con la documentacion que presenta el usuario	Genero factura en el sistema de información DGH y las soporto con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperacion que hagan los usuarios	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que realizan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad Vigente	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad Vigente
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Área De Tesoreria.
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion las devoluciones que hace el revisor de cuentas	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a la recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de informacion DGH.NET Y bases de datos	Brindo el apoyo necesario y realizo planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos
9	Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Realizo las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension 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. 1.023.925.980 de BOGOTA

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

Señor(es):	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Nit:	CC 1023925980
Dirección:	cr 3 este # 43c 40 sur
Teléfono:	3640922 **Fax:**
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	DEISY PAOLA BOLIVAR GA
Tipo y número de identificación	1023925980
Número de radicación planilla	8327251445
Fecha de pago	5/9/2018
Número de autorización de pago	1000000305
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2018
Periodo cotización pensión	Mayo 2018
Periodo cotización caja	Mayo 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							MOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
No	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	NUEVO CONTRATO	DIAS/MES	DIAS/MES INCAPACIDAD	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1023925980	BOLIVAR GARCIA DEISY PAOLA	EPS002	230201																				781.242	781.242	0	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

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 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA **C.C.** 1.023.925.980 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327251445
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328021950
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Diviciones 6x
1.363.000
1/4 1.316.000

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 8.037.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Correjir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de infor DGH.NET Y bases de datos.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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

Deisy Bolivar.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

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

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC 1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Teléfono: 3640922 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328021950

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y Número de Identificación	CC 1023925980
Número Planilla	8328021950
Fecha de Pago	6/12/2018
Número de Autorización de Pago	1000000219
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Junio 2018
Periodo Cotización Pensión	Junio 2018
Periodo Cotización Caja	Junio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES BOLIVAR GARCIA DEISY PAOLA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230201	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 1000002

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

#476

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 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA **C.C.** 1.023.925.980 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2814	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.700	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327251445
6	JUNNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328021950
7	JULIO	$ 47.000	$ 241.800	8328744325
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 11.280.000	$ 9.494.000	$ 1.786.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (CONSULTA EXTERNA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y las soporto con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que realizan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad Vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad Vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Correjir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a la recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizo planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractuál que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

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

2246

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación:	CC1023925980
Dirección:	CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono:	3640922
Correo:	paola272910@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8329213361

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8329213361
Fecha pago	2018-08-10
Número de autorización pago	29213361
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8329213361

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

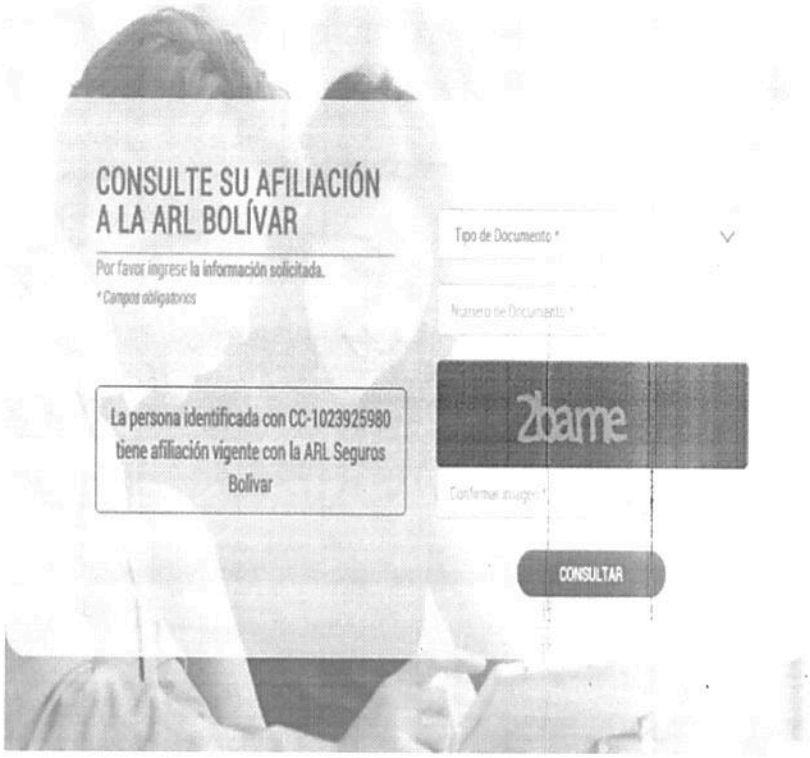
EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

Deisy Yada Bolivar

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador



2246

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 2246 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA C.C. 1.023.925.980 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminación incial: 2018-07-09 Valor Mensual: $ 1.410.000 Valor a cobrar: $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 1.269.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
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	enero	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	febrero	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	marzo	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
4	abril	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	mayo	$ 1.410.000	$ 241.800	8327251445
6	junio	$ 1.410.000	$ 241.800	8328021950
7	julio	$ 47.000	$ 241.800	8328744325
8	agosto	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
9	septiembre	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 12.690.000	$ 12.267.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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 OBLIGACIÓN
1	Verificar las ordenes medicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa .	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario . Facturas capitadas:1634 Facturas FFDS: 32
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario .	Verificar las ordenes medicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa UMHES JORGE ELIECER GAITAN.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de o cuotas de recuperación que hagan los usuarios.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario . Facturas capitadas:1342 Facturas evento:292 Facturas FFDS: 32 ,Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción 12
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de o cuotas de recuperación que hagan los usuarios.
5	Realizar cierre de caja,arqueo,el boletín de caja y acta de entrega al área de tesorería.	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente Realizar cierre de caja,arqueo,el boletín de caja y acta de entrega al área de tesorería.
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadas y organizadas.
7	Hacer las correcciones a las devoluciones ,	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en el que no se cuente con el sistema de información DGH.NET y bases de datos.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en el que no se cuente con el sistema de información DGH.NET y bases de datos.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el áre el dia 19 de septiembre 2018 Auditorio San Blas.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área..	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del 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

Deisy Bolivar
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 de BOGOTA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono: 3640922
Correo: paola272910@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329213361

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8329213361
Fecha pago	2018-08-10
Número de autorización pago	29213361
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8329213361

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cía. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Este documento está clasific. VADO por parte de Compensar Operador de Información

2246

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 2246 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA C.C. 1.023.925.980 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminación incial: 2018-07-09 Valor Mensual: $ 1.410.000 Valor a cobrar: $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 1.269.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	10/10/2018	15/12/2018
5	$ 1.245.000	3520		
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	enero	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	febrero	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	marzo	$ 1.410.000	$ 241.800	8326145905
4	abril	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	mayo	$ 1.410.000	$ 241.800	8327251445
6	junio	$ 1.410.000	$ 241.800	8328021950
7	julio	$ 47.000	$ 241.800	8328744325
8	agosto	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
9	septiembre	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
10	octubre	$ 1.410.000	$ 241.800	8329951465
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 12.690.000	$ 12.267.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) 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	Verificar las ordenes medicas y autorización fisica que presenta el paciente para su atención por consulta externa .	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario .
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario .	Verificar las ordenes medicas y autorización fisica que presenta el paciente para su atención por consulta externa UMHES JORGE ELIECER GAITAN.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de o cuotas de recuperación que hagan los usuarios.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario . Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de o cuotas de recuperación que hagan los usuarios.
5	Realizar cierre de caja,arqueo,el boletín de caja y acta de entrega al área de tesorería.	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente Realizar cierre de caja,arqueo,el boletín de caja y acta de entrega al área de tesorería.
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadas y organizadas.
7	Hacer las correcciones a las devoluciones ,	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en el que no se cuente con el sistema de información DGH.NET y bases de datos.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en el que no se cuente con el sistema de información DGH.NET y bases de datos.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el áre
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área..	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del 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

DEISY BOLIVAR
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 de BOGOTA

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación:	CC1023925980
Dirección:	CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono:	3640922
Correo:	paola272910@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8329951465

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8329951465
Fecha pago	2018-10-16
Número de autorización pago	1000000727
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS002	Salud Total EPS	97700	1

8329951465

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC 1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Teléfono: 3640922 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8329951465

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y Número de Identificación	CC 1023925980
Número Planilla	8329951465
Fecha de Pago	10/16/2018
Número de Autorización de Pago	1000000727
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES BOLIVAR GARCIA DEISY PAOLA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230201	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO
PRODUCTO

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

2246

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 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA **C.C.** 1.023.925.980 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2			2018-08-10	2018-09-09
3	$ 1.269.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.245.000	3520		
6	$ 407.239	3634		
7	$ 1.002.761	3792		
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.363.000	$ 241.800	8326145905
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	MAYO	$ 1.316.000	$ 241.800	8327251445
6	JUNIO	$ 1.363.000	$ 241.800	8328021950
7	JULIO	$ 47.000	$ 241.800	8328744325
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329951465
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331305686
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 13.959.000	$ 13.536.000	$ 423.000

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 **(CONSULTA EXTERNA)** DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS 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	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Correjir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de DGH.NET Y bases de datos. infor
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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

Deisy Bolivar

Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

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

224

Señor(es): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Nit: CC 1023925980
Dirección: cr 3 este # 43c 40 sur
Teléfono: 3640922 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	DEISY PAOLA BOLIVAR GA
Tipo y número de identificación	1023925980
Número de radicación planilla	8331305686
Fecha de pago	11/21/2018
Número de autorización de pago	1000000286
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Octubre 2018
Periodo cotización pensión	Octubre 2018
Periodo cotización caja	Octubre 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241,800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19,100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125,000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97,700	1

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

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-1A-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE

Nombre del Contratista: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA **C.C.** 1.023.925.980 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2			2018-08-10	2018-09-09
3	$ 1.269.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.245.000	3520		
6	$ 407.239	3634		
7	$ 1.002.761	3792		
8	$ 1.645.000	4017	2018-12-16	2019-01-15
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.363.000	$ 241.800	8326145905
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806510
5	MAYO	$ 1.316.000	$ 241.800	8327251445
6	JUNIO	$ 1.363.000	$ 241.800	8328021950
7	JULIO	$ 47.000	$ 241.800	8328744325
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
9	SEPTIMEBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213361
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329951465
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331305686
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331932994
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 15.604.000	$ 14.946.000	$ 658.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Correjir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de infor DGH.NET Y bases de datos.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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

Deisy Bolivar
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

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

2246

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC 1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Teléfono: 3640922 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331932994

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y Número de Identificación	CC 1023925980
Número Planilla	8331932994
Fecha de Pago	12/18/2018
Número de Autorización de Pago	1000000083
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Noviembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Noviembre 2018
Periodo Cotización Caja	Noviembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241,800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS002	Salud Total EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES BOLIVAR GARCIA DEISY PAOLA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230201	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

total 142

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

CODIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2240-2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE
Nombre del Contratista:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA			C.C.	1.023.925.980 de: BOGOTA
Fecha Inicial:	2018-01-10	Fecha Terminación inicial:	2018-07-09	Valor Mensual:	$ 1.410.000 Valor a cobrar: $ 1.410.000

ADICIONES OTROSI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2			2018-08-10	2018-09-09
3	$ 1.269.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.215.000	3520		
6	$ 497.239	3634		
7	$ 1.062.761	3792		
8	$ 1.645.000	4017	2018-12-16	2019-01-15
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324908456
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325357345
3	MARZO	$ 1.363.000	$ 241.800	8326145865
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326806540
5	MAYO	$ 1.316.000	$ 241.800	8327251445
6	JUNIO	$ 1.363.000	$ 241.800	8328021990
7	JULIO	$ 47.000	$ 241.800	8328744325
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213561
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329213561
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329951465
11	NOVIEMBRE	$ 1.363.000	$ 241.800	8331305086
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331932991
13	ENERO	$ 705.000	$ 242.300	8332212481
14				

Resumen contrac

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 15.604.000	$ 15.604.000	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO DI ...NERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION A CONSULTA EXTERNA DE LA SUBRED INTEGRAL ...E SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de ...ividades para el periodo: Desde: 2019-01-01 Hasta: 2019-01-15

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Ver ...r las ordenes medicas y autorización fisica que presenta el paciente para su at... tion por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización fisica que presenta el paciente para su atención por consulta externa
2	Gene...r factura en el sistema de informacion DGH y soportarla con la documentacion que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperacion que hagan los usuarios	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente
5	Real... cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Area De Tese... a.	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería
6	Entr... las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% sopo... las y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Corr... dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace... revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos
9	Act... ...alizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asis... ...a las reuniones y capacitaciones programadas por el area.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área
11	Real... las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el su... ...visor de contrato.	Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato

Observació...

Se anexa cer... ...cación de pago a Salud, pension y ARL
En caso de t... ...contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Deisy Bolivar.
Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación:	CC1023925980
Dirección:	CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono:	3640922
Correo:	paola272910@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8332212481

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8332212481
Fecha pago	2019-01-23
Número de autorización pago	1000000132
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	242300
Total Intereses de Mora	500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125200	1
EPS002	Salud Total EPS	97900	1

8332212481

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

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 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 2246 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO ORIENTE
Nombre del Contratista:	DUISY PAOLA BOLIVAR GARCIA	**C.C.**	1.023.925.980	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación inicial:**	2017-07-09	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000
				Valor a cobrar:	$ 987.000

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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	83249068456
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 987.000	$ 7.473.000

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 (CONSULTA EXTERNA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las establecidas en la oferta)	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.	Realice 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 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 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 Facturacion de cada Unidad para que los facturadores realizaran respuesta dentro de las 48 horas siguientes a la devolucion.
10	Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.	Se verificó a diario en la base de datos las devoluciones recepcionadas y se realize 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 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 radicacion 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	Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.023.925.980 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ORLANDO MARTINEZ
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono: 3640922
Correo: paola272910@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8324908456

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8324908456
Fecha pago	2018-01-16
Número de autorización pago	1000000492
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	228400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	18000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	118100	1
EPS002	Salud Total EPS	92300	1

8324908456

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS002	230201	738000	738000	738000	0	92300	0	118100	0	18000	0

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