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

o. CONTRATO - OPS:	PS 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE
ombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52.831.260	de:	BOGOTA
echa Inicio: 2018-01-10	Fecha Terminación incial: 2018/07/09	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	7187984974
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

esumen 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

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

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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.
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.
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.
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.
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
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.
Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	No se realizo verificación de RIPS.
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.
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.

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.
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.
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
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.
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.
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.
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.
Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Participo activamente de las reuniones solicitadas por mi supervisor de contrato.
Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato.

ervaciones:

nexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de ro

Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Orlando Martinez
CARGO:	Director Financiero
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49DSUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7187984974**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2018
DIAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/01/15	NUMERO AUTORIZACIÓN:			9997234278

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 118.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 118.100	$ 0	$ 118.100
SUBTOTALES:										**$ 118.100**	**$ 0**	**$ 118.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 92.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 92.300	$ 0	$ 0	$ 92.300
SUBTOTALES:													**$ 92.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 92.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 18.000	$ 18.000	$ 0	$ 0	$ 18.000
SUBTOTALES:									**$ 18.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES					
																										PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF		SENA	ICBF
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL. INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 737.717			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 737.717	$ 118.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 118.100	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 737.717	$ 92.300	$ 0	$ 92.300	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 737.717	52831260	$ 18.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 228.400**

Planilla Pagada
Planilla Pagada

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 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52.831.260	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	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
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	$ 2.397.000	$ 6.063.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

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

ción de actividades para el periodo: Desde: 2018/02/01 Hasta: 2018/02/28

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
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.
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.
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.
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.
Velar por qué 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
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.
Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	No se realizo verificación de RIPS.
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.
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.

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.
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.
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
Verificar qué 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.
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.
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.
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.
Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Participo activamente de las reuniones solicitadas por mi supervisor de contrato.
Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato.

er[illegible]ones:

nexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
aso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de
o

Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Orlando Hernandez
CARGO:	Director Financiero
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49DSUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NUMERO PLANILLA:	**7194177324**	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2018
DÍAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/02/12	NUMERO AUTORIZACIÓN:							999767369

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

2280

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-I 014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-0

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2280 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	**C.C.**	52.831.260	**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	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
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 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	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 inquietude 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 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.
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 facti 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 los facturadores para garantizar dar respuesta oportuna a las devoluciones y se coordino con las referentes de facturaci 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 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 bas de datos de pacientes capitados y laboratorios PGP con el fin de tener las herramientas necesarias para dar solucion a l 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 por mi supervisor de contrato.
18	Facturación.	Se realizan las actividades adicionales que solicita mi Supervisor de contrato.

vaciones:	Firma del Contratista
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	C.C. 52.831.260 de BOGOTA

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

SOPORTE DE PAGO GENERA

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49DSUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	024INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4204092198	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES	marzo AÑO 2018
DÍAS DE MORA:				0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/03/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9998084569

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

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 2280 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE

Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA **C.C.** 52.831.260 **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	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
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	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 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. 52.831.260 **de** BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APOR
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

N:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	52831260	
SOCIAL:		LUISA FERNANDA	
	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
	CL49SUR#10-06 TELÉFONO:	7531045	
	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE	
	PRIVADA ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otros trabajos de edición.	
TACIÓN:	UNICO		
RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:		4214164561	TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2018
DIAS DE MORA			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2018/04/11	NUMERO AUTORIZACIÓN:			9998643744

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
									$ 125.000	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
												$ 97.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-30-MAPFRE	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
								$ 19.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES				
																						PENSIÓN									SALUD						ARP									CCF		SENA	ICBF
BRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
S HA NDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-30-MAPFRE	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 241.800**

Planilla Pagada

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 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52.831.260	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	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
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

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 INTEGRADA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación 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	Recolectar,liquidar,registrar,organizar,clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados .
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organización de las facturas y se generaron los infprmes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion .
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario desiganado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y translados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica deacuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa.(Diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completmente.)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programcion de agendas y a la demanda de pacientes.
5	Aplicar de carácter obligatorio las politicas,manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso.	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso .
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento ,Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico.	Se asisto a todas las capacitaciones progrmadas por el departamento de facturacion durante le mes para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario.
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension ,	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos ,que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servico asignado .	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospit y por la oficina de atencion al usuario.
9	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud premanente monitoreo.	Se facturaron todas las actividades asignadas en un 100 %.
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro .
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Corrigiendo las devoluciones con puntualidad y calidad dentro de los tiempos establecidos por el area de facturacion.

12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
13	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Cumplí con todos los turnos asignados para la prestación del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49DSUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4214198091	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2018/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999072800

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125,000	$ 0	$ 125,000
SUBTOTALES:										**$ 125,000**	**$ 0**	**$ 125,000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97,700	$ 0	$ 0	$ 97,700
SUBTOTALES:													**$ 97,700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97,700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-30	14-30-MAPFRE	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19,100	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 19,100
SUBTOTALES:									**$ 19,100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19,100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES				
																																PENSIÓN								SALUD								ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781,242				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 781,242	$ 125,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125,000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781,242	$ 97,700	$ 0	$ 97,700	14-30-MAPFRE	30	$ 781,242	52831260	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

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 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	$2.831.260	de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2018-01-10	Fecha Terminación 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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7				
8				
9				
10				
11				
12				

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

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O TRANSACCIONES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Recolectar, liquidar, registrar, organizar, clasificar, soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos, cuotas de recuperación y tasa plena, por los servicios prestados	Se solicitaron los respectivos soportes y se imprimieron para la factura, se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos, cuotas de recuperacion y tasa plena por los servicios prestados
2	Organizar las facturas y anexos por paciente y contrato además de la radicación previa y el envío de las facturas al área administrativa de facturación en forma oportuna y periódica cumpliendo las instrucciones establecidas	Se realizo la respectiva generacion de las facturas y se generaron los informes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion
3	Custodiar y presentar a la oficina de tesorería cuotas de recuperación, tasa plena y facturas por concepto de recaudos de forma física y entregarlos en la ventanilla designada por la subred	Diariamente se elaboraron las actas de entrega por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred
4	Asignar las medicas utilizando la herramienta tecnologica de acuerdo a la programación asignada desde la sede administrativa (diligenciando los datos del paciente, medico y servicio correspondiente)	Diariamente se asignaron las citas medicas tecnologicas y de apoyo de acuerdo a la programacion de agendas y a la demanda de pacientes
5	Aplicar de caracter obligatorio las políticas, manuales, instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales, instructivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el debido cumplimiento. Apostar la prestación del servicio de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atención al publico.	Se asistio a todas las capacitaciones programadas por el departamento de facturacion durante le mes para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario
7	Presentar informe de actividades al momento del recibo de pago de los aportes de salud y pension.	Se realizo el respectivo informe y se relacionaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Prepender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos, que conlleven a articular acciones de atencion en el centro de servicio asignado.	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes, de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario
9	Facturar el 100 % de las actividades, auditar y garantizar con el equipo de salud prestamente monitoreo.	Se facturaron todas las actividades asignadas en un 100 %
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la pregra nación	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro.
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Corrigiendo las devoluciones con puntualidad y calidad dentro de los tiempos establecidos por el aregado facturacion.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Recibir e ingresar los abonos que realizaron los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
13	Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Cumplí con todos los turnos y con el objeto de la prestacion del servicio en el CAMI DIANA TURBAY

Observaciones:

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

Firma del Contratista

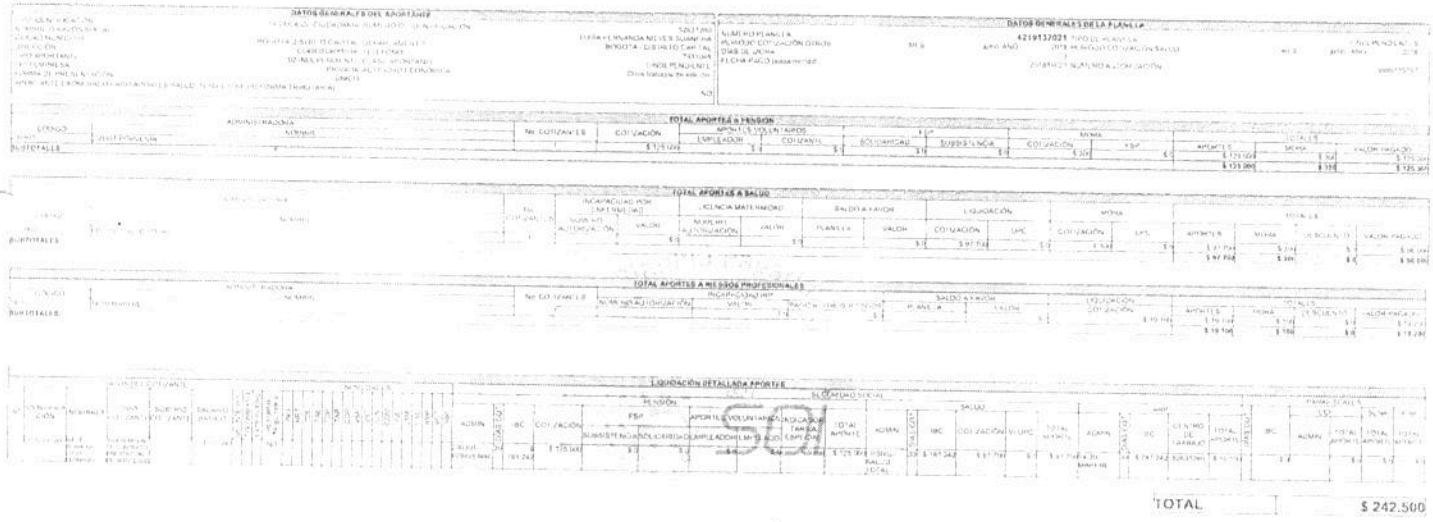
C.C. 52.831.260 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva



TOTAL $ 242.500

Planilla Pagada

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: APYA-F-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista: LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA C.C. 52.831.260 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				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7167984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8				
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 9.870.000	$ 9.447.000	$ 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 EL PROCESO DE FACTURACION (CONSULTA EXTERNA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018/07/01 Hasta: 2018/07/31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las subrayadas en la maquila)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recolectar,liquidar,registrar,organizar, clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organizacion de las facturas y se generaron los informes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion.
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario designado por la subred	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y translados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica deacuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa.(Diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completamente)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programacion de agendas y a la demanda de pacientes
5	Aplicar de caracter obligatorio las politicas manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso	Se realizo la respectiva asignacion de citas y factiracion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios prestados
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento .Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico.	Se asisto a todas las capacitaciones programadas por el departamento de facturacion durante le mes para mejorar la calidad de los servicios, y la atencion al usuario
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension .	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Propender la atencion humanizarla al usuario y generar mecanismos que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servicio asignado	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario
9	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud permanente monitoreo.	Se facturaron todas las actividades asignadas en un 100 %.
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion	Corrigiendo las devoluciones con puntualidad y calidad dentro de los tiempos establecidos por el area de facturacion.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago
13	Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .

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. 52.831.260 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49SUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4226077044**	TIPO DE PLANILLA:					
PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	Julio	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Julio	AÑO	2018	I-INDEPENDIENTES
DÍAS DE MORA:					&					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/07/24	NUMERO AUTORIZACIÓN:								9990198728

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 800	$ 0	$ 125.000	$ 800	$ 125.800
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 800**	**$ 125.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 600	$ 0	$ 97.700	$ 600	$ 0	$ 98.300
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 98.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-30	14-30-MAPFRE	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 200	$ 0	$ 19.300
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 19.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN							SALUD							ARP						CCF		SENA	ICBF	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-30-MAPFRE	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 243.400**

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-

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52,831,260	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				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8	AGOSTO	$ 1,410,000	$ 241,800	4229873631
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8,460,000	$ 11,280,000	$ 10,857,000	$ 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 INTEGRADA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recolectar,liquidar,registrar,organizar,clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados .
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organización de las facturas y se generaron los infprmes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion .
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario designado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y translados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica deacuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa (Diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completamente.)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programcion de agendas y a la demanda de pacientes.
5	Aplicar de carácter obligatorio las políticas,manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso.	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso .
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento .Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico.	Se asisto a todas las capacitaciones programadas por el departamento de facturacion durante le mes para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario.
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension .	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos ,que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servico asignado .	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario.
9	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud premanente monitoreo.	Se facturaron todas las actividades asignadas en un 100 %.
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro .
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguentes a su recepción	Corrigiendo las devoluciones con puntualidad y calidad dentro de los tiempos establecidos por el area de facturacion.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
13	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestación del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .

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. 52.831.260 de BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49DSUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4229873631**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2018		
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/08/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990532229				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-30	14-30-MAPFRE	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																										PENSIÓN									SALUD						ARP											
																													FSP																				CCF		SENA	ICBF
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 781,242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-30-MAPFRE	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 241.800**

Planilla Pagada

PS2280
Luisa Nieves

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese la información solicitada.

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

yf3za

Confirmar imagen *

CONSULTAR

La persona identificada con CC-52831260 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

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-LA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52.831.260	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	$ 1.410.000	3011	10/09/2018	09/10/2018
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8	AGOSTO	$ 1,410,000	$ 241,800	4229873631
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
10				
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 11.280.000	$ 10.857.000	$ 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 INTEGRADA 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	Recolectar,liquidar,registrar,organizar,clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados .
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organizacion de las facturas y se generaron los infprmes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion .
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario designado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y translados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica deacuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa.(Diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completamente.)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programcion de agendas y a la demanda de pacientes.
5	Aplicar de carácter obligatorio las politicas,manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso.	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso .
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento .Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico.	Asisti a la capacitacion programada por el departamento de facturacion de septiembre 19 de 2018 para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario.
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension ,	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes.
8	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos ,que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servico asignado .	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario.
9	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud premanente monitoreo.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadasy organizadas se generaron 1583 facturas de las cuales se devolvieron 0 que fueron entregadas dentro de las 48 horas establecidas con su respectiva correccion .
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro .
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestación del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .
13	Realizar las demas 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

Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49SUR#19-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	4240984712	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO 2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES septiembre	AÑO 2018		
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9991054532				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-30	14-30-MAPFRE	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES									
																										PENSIÓN							SALUD						ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VR UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																													SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																														
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-30-MAPFRE	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0			

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

2280

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 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52.831.260	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	$ 1.410.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.245.000	3520		
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8	AGOSTO	$ 1,410,000	$ 241,800	4229873631
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 11.280.000	$ 10.857.000	$ 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 INTEGRAdA 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	Recolectar,liquidar,registrar,organizar,clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados .
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademes de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organización de las facturas y se generaron los infprmes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion .
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario designado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y translados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica deacuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa.(Diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completmente.)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programcion de agendas y a la demanda de pacientes.
5	Aplicar de carácter obligatorio las politicas,manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramento del proceso.	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso .
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento .Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico	Asisti a la capacitacion programada por el departamento de facturacion el dia 4 de octubre de 2018 para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario.
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension ,	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos ,que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servico asignado .	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario.
9	Facturar el 100 %de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud premanente monitoreo.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadasy organizadas se generaron 1662 facturas de las cuales se devolvieron 0 que fueron entregadas dentro de las 48 horas establecidas con su respectiva codificación
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro .
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestación del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .
13	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

Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
ZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CL49SUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
NTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
A:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
ESENTACIÓN.	ÚNICO		
XONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4240984712**	TIPO DE PLANILLA:						I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2018
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2018/09/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			999105432

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
										$ 125.000	**$ 0**	**$ 125.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
													$ 97.700	**$ 0**	**$ 0**	**$ 97.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	14-30-MAPFRE	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
									$ 19.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 19.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																								PENSIÓN								SALUD								ARP									CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-30-MAPFRE	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 241.800

Planilla Pagada

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 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA			C.C.	52.831.260 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	$ 1.410.000	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8	AGOSTO	$ 1,410,000	$ 241,800	4229873631
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 243.800	4248560814
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 15.510.000	15.087.000	$ 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 INTEGRADA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Recolectar,liquidar,registrar,organizar,clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados .
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organización de las facturas y se generaron los informes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario designado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y translados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica deacuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa.(Diligenciando los datos del paciente , medico y servicio completmente)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programcion de agendas y a la demanda de pacientes.
5	Aplicar de carácter obligatorio las politicas,manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso.	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso .
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento .Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico.	Asisti a la capacitacion programada por el departamento de facturacion el dia 4 de octubre de 2018 para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario.
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension .	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos ,que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servico asignado .	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario.
9	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud prematuro monitoreo.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadas y organizadas se generaron 1.742 facturas de las cuales se devolvieron 0 que fueron entregadas dentro de las 48 horas.
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro .
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestación del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .
13	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

Luisa Fernanda Nieves S.
Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCION:	CL49DSUR#19-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4248560814**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre AÑO	2018	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre AÑO	2018
DÍAS DE MORA:			10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2018/11/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9991989013

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 125.000	$ 1.000	$ 126.000
SUBTOTALES:										**$ 125.000**	**$ 1.000**	**$ 126.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 800	$ 0	$ 97.700	$ 800	$ 0	$ 98.500
SUBTOTALES:													**$ 97.700**	**$ 800**	**$ 0**	**$ 98.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 200	$ 0	$ 19.300
SUBTOTALES:									**$ 19.100**	**$ 200**	**$ 0**	**$ 19.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES					
																									PENSIÓN								SALUD						ARP								CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ING	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52831260	NIEVES SUANCHA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 781.242				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 125.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	$ 97.700	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	30	$ 781.242	52831260	$ 19.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		

TOTAL	$ 243.800

Planilla Pagada

2280

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 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE
Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA			C.C.	52.831.260 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	$ 1.410.000	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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8	AGOSTO	$ 1,410,000	$ 241,800	4229873631
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
11	NOVIEMBRE	$ 1,410,000	$ 243,800	4248560814
12	DICIEMBRE	$ 1,410,000	$ 242,600	4255714371

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 8.460.000	$ 17.155.000	16.497.000	$ 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 INTEGRADA 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 OBLIGACION
1	Recolectar,liquidar,registrar,organizar,clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados .
2	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el envio de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organización de las facturas y se generaron los informes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion .
3	Controlar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregados al funcionario designado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y trasladados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
4	Asignar,citas medicas utilizando la herramienta tecnologica de acuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa.(Diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completamente.)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programcion de agendas y a la demanda de pacientes.
5	Aplicar de carácter obligatorio las politicas,manuales,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso.	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instrutivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso
6	Asistir a capacitaciones y aplicar el estricto cumplimiento .Ajustar la prestacion del servicio de acuerdo a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al publico.	Asisti a las capacitaciones programadas por el departamento de facturacion para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario.
7	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension .	Se realizo el respectivo informe y se relizaron los pagos de salud y pension correspondientes
8	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos ,que conlleven a articular acciones de admision en el centro de servicio asignado .	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario.
9	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud premanente monitoreo.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100 % soportadas y organizadas se generaron 1.687 facturas de las cuales se devolvieron 0 que fueron entregadas dentro de las 48 horas establecidas con su respectiva correccion
10	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion .	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro .
11	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.
12	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI DIANA TURBAY .
13	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

Luisa Fernanda Nieves S.
Firma del Contratista

C.C. 52.831.260 de BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52831260
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL49DSUR#10-06	TELÉFONO:	7531045
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4255714371**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2018/12/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992435776

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 125.400
SUBTOTAL:			1	**$ 125.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 98.000
SUBTOTAL:			1	**$ 98.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002503	14-7	14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A.	1	$ 19.200
SUBTOTAL:			1	**$ 19.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 242.600**

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 1A
FT 014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2280 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE URIBE

Nombre del Contratista:	LUISA FERNANDA NIEVES SUANCHA	C.C.	52.831.260	de:	BOGOTA		
Fecha Inicio:	2018-01-10	Fecha Terminación inicial:	2018/07/09	Valor Mensual:	$ 1.410.000	Valor a cobrar:	$ 705.000

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	$ 1.410.000	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	$ 47.000	40		
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	7187984974
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	7194177324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	4204092198
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	4214164561
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	4214198091
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 242.500	4219132021
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 243.400	4226077044
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	4229873631
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	4240984712
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 243.800	4248560814
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 242.600	4255714371
13	ENERO	$ 705.000	$ 241.800	4260187502

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 17.202.000	17.202.000	$ 0

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 INTEGRADA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relacion de actividades 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
a	Recolectar, tabular y grabar, organizar, clasificar soportes por cada factura generada y cobrar a los usuarios el valor que corresponda por concepto de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena ,por los servicios prestados .	Se solicitaron los respectivos documentos y soportes para la factura , se asigno la cita solicitada y se realizaron los correspondientes cobros de copagos ,cuotas de recuperacion y tarifa plena por los servicios prestados
b	Organizar las facturas y soportes por pagador y contrato ademas de la auditoria previa y el avance de las facturas al area administrativa de facturacion en forma oportuna y periodica cumpliendo las instrucciones establecidas .	Se realizo la respectiva organización de las facturas y se generaron los informes respectivos por pagador para entregar al departamento de facturacion
c	Contratar y presentar a la oficina de tesoreria ,cuotas de recuperacion tarifa plena y dineros por concepto de recaudos de forma diaria y entregarlos al funcionario designado por la subred .	Diariamente se elaboraron los arqueos de caja y trasladados por concepto de copagos a la oficina de tesoreria y se enviaron con el funcionario encargado por la subred.
d	Asignar citas medicas ,utilizando la herramienta tecnologica de acuerdo a la programacion asignada desde la sede administrativa ,diligenciando los datos del paciente, medico y servicio completamente)	Diariamente se asignaron las citas medicas ,odontologicas y de pyp de acuerdo a la programacion de agendas y a la demanda de pacientes
e	Aplicar de caracter obligatorio las politicas,manuales ,instructivos, protocolos entregados por la oficina de facturacion para el mejoramiento del proceso	Se realizo la respectiva asignacion de citas y facturacion de acuerdo a los manuales ,instructivos y protocolos para mejorar la calidad de los servicios y el proceso
f	Asistir a capacitaciones y aplicar el debido cumplimiento .Ayudar la prestacion del servicio de acuerdo al asignado a los lineamientos emitidos por la subred y a la atencion al usuario .	Asistio a las capacitaciones programadas por el departamento de facturacion para mejorar la calidad de los servicios y la atencion al usuario
g	Presentar informe de actividades acompañado del recibo de pago de los aportes de salud y pension .	Se realizo el respectivo informe y se reliazaron los pagos de salud y pension correspondientes
h	Propender la atencion humanizada al usuario y generar mecanismos que conduzcan a articular acciones de admision en el centro de servicio asignado	Se realizo la debida atencion humanizada a todos los pacientes de acuerdo a los protocolos establecidos por el hospital y por la oficina de atencion al usuario
i	Facturar el 100 % de las actividades ,auditar y garantizar con el equipo de salud permanente monitoreo	[illegible]
j	Asignar citas medicas en forma consecutiva sin espacios de acuerdo a la programacion	[illegible]
k	Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion	Durante todo el mes se llevo a cabo la asignacion de citas medicas y de acuerdo a la demanda de pacientes del centro
l	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes por concepto de acuerdos de pago
m	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI TABAA TURNO A

Observaciones:

Se adjunta 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. 52.831.260 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADA
FIRMA	

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

[illegible]

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA 4260157502 TIPO DE PLANILLA [illegible]

PERIODO COTIZACION OTROS [illegible] PERIODO COTIZACION SALUD [illegible]

DIAS DE MORA [illegible]

FECHA PAGO [illegible] NUMERO AUTORIZACION [illegible]

TOTAL APORTES A PENSION

CODIGO	NOMBRE	N. COTIZANTES	COTIZACION	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION (MORA)	FSP (MORA)	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR		$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 0	$ 125.000
SUBTOTALES										$ 125.000	$ 0	$ 125.000

TOTAL APORTES A SALUD

CODIGO	NOMBRE	N. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACION		MORA		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
			NUMERO AUTORIZACION	VALOR	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	UPC	COTIZACION	UPC				
[illegible]	[illegible]			$ 0		$ 0		$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700
SUBTOTALES													$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 97.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CODIGO	NOMBRE	N. COTIZANTES	NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACION	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-7	14-7 SEGUROS BOLIVAR S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 19.100	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100
SUBTOTALES									$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 19.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACION, NOMBRES, TIPO COTIZANTE, SUBTIPO COTIZANTE, SALARIO BASICO, SALARIO INTEGRAL, COLOMBIANO EXTRANJERO, REFORMA TRIBUTARIA

NOVEDADES: ING, RET, TDE, TAE, TDP, TAP, COR, VST, SLN, IGE, LMA, VAC, AVP, VCT, IRP

SEGURIDAD SOCIAL — PENSION: ADMIN, DIAS COT, IBC, COTIZACION, FSP (SUBSISTENCIA, SOLIDARIDAD), APORTES VOLUNTARIOS (EMPLEADOR, EMPLEADO), INDICADOR TARIFA ESPECIAL, TOTAL APORTE; SALUD: ADMIN, DIAS COT, IBC, COTIZACION, VALOR UPC, TOTAL APORTE; ARP: ADMIN, DIAS COT, IBC, CENTRO DE TRABAJO, TOTAL APORTE

PARAFISCALES: DIAS COT, IBC, CCF (ADMIN, TOTAL APORTE), SENA (TOTAL APORTE), ICBF (TOTAL APORTE), ESAP (TOTAL APORTE), MINEDU (TOTAL APORTE)

[illegible] — PENSION: PORVENIR, IBC $ 781.242, COTIZACION $ 125.000, FSP $ 0, $ 0, APORTES VOLUNTARIOS $ 0, $ 0, Normal, TOTAL APORTE $ 125.000 — SALUD: SALUD TOTAL, $ 781.242, $ 97.700, $ 0, $ 97.700 — ARP: SEGUROS BOLIVAR S.A., $ 781.242, TOTAL APORTE $ 19.100 — PARAFISCALES: $ 0, $ 0, $ 0, $ 0

TOTAL $ 241.800