

 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 CONTRATACIÓN FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 03 FECHA: 2021-12-27
--	--	---

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2717 2023	C.D.P. No.:	122	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA		
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION		
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD ALTAMIRA		
Nombre del Contratista:	ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO			C.C.	1.023.920.749	de:	BOGOTÁ D.C.
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2023	Fecha Terminación inicial:	30 DE ABRIL DE 2023	Valor Mensual:	\$ 1.796.320	Valor a cobrar:	\$ 1.796.320

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 148.320	861		
2	\$ 1.796.320	1043	2023-05-01	2023-05-31
3	\$ 1.796.320	1410	2023-06-01	2023-06-30
4	\$ 3.592.640	0	2023-07-01	2023-08-31
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	\$ 1.648.000	\$ 382.100	64934533	9-02-2023
2	MARZO	\$ 1.538.133	\$ 382.100	65662924	7-03-2023
3	ABRIL	\$ 1.796.320	\$ 382.100	66478125	4-04-2023
4	MAYO	\$ 1.796.320	\$ 382.100	67192925	11-05-2023
5	JUNIO	\$ 1.796.320	\$ 382.100	6796793	13-06-2023
6	JULIO	\$ 1.796.320	\$ 382.100	68735293	13-07-2023
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 4.944.000	\$ 12.277.600	\$ 10.371.413	\$ 1.906.187

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

OBJETO DEL CONTRATO

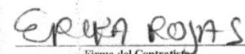
PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTIÓN PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2023-07-01 Hasta: 2023-07-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1. Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente. 2. Actualizar datos personales del usuario a facturar. 3. Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. 4. Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información. 5. Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 6. Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 7. Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 8. Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 9. Se brinde el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 10. Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	*1. Se verificó las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente. 2. Se actualizó datos personales del usuario a facturar. 3. Se generó facturas en el sistema de información DGH y soportarlas con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. 4. Se legalizó el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información. 5. Se elaboró facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 6. Se realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 7. Se entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área. 8. Se corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 9. Se brindó el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 10. Se realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Se asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Se realizaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Se adjuntan 1 folio con las evidencias de las actividades realizadas durante el periodo de JULIO 2023. También se pueden validar en DGH en el módulo de facturación en reportes generados. Donde se puede descargar el estadístico con el número de documentos.

Observaciones:

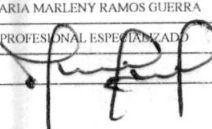
Nota: El deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión. Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.



Firma del Contratista

C.C. 1.023.920.749 de BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1

NOMBRE:	MARIA MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA:	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2

NOMBRE:	YONIER ACOSTA G.
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:	

Cuenta de cobro 6-2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO

C.C 1.023.920.749 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

**UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS
VEINTE PESOS M/CTE**

\$

1.796.320

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2717 2023 correspondiente al mes de JULIO de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

ERIKA ROJAS

ERIKA VANESSA ROJAS RIAÑO

C.C 1023920749

Teléfono 3116321083

Dirección CALLE 41 B SUR #0-51E

No Cuenta 6013679038373650 AHORROS BANCO AV VILLAS

Fecha: 31/07/2023

ALTAMIRA
DEL 1 DE JULIO DE 2023 AL 24 DE JUNIO DE 2023

ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO

INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	JUNIO DE 2023															JULIO DE 2023															COMENTARIOS
		DIA	1	2	3	5	6	7	8	9	13	14	15	16	20	21	22	23	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15	17	18	19	21	24
			JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	DOMINGO	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES
1	Facturacion ventanilla		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
2	Verificacion Comprobadores		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
3	Amarre de facturas		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
4	Ordenes de ambulancia																																
5	Cotizaciones																																
6	Bancos de sangre																																
7	Cargue de laboratorios Clinicos																																
8	Amarre de facturas		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	
9	Agenda anticipada de laboratorios Clinicos																																

INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	JUNIO DE 2023															JULIO DE 2023															TOTAL POR ACTIVIDAD	COMENTARIOS	
		DIA	1	2	3	5	6	7	8	9	13	14	15	16	20	21	22	30	4	5	6	7	10	11	12	13	14	15	17	18	19	21			24
			JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	DOMINGO	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	VIERNES			LUNES
1	Facturacion AGENDA ANTICIPADA		102	63	20	85	87	89	81	124	122	99	75	127	90				100	88	86	100	82	112	72	54	104	38	100	86	73	117	89	2.465	1.649
2	Verificacion comprobadores X 4																																0		
3	ASIGNACION DE CITAS																																0		
4	Ordenes de ambulancia																																0		
5	Cotizaciones																																0		
6	Bancos de sangre																																0		
7	Cargue de laboratorios Clinicos																																0		
8	Amarre de facturas en ventanilla																																0		
9	Agenda anticipada de laboratorios Clinicos																																0	TOTAL FACTURAS GENERADAS	
TOTAL POR DIA			102	63	20	85	87	89	81	124	122	99	75	127	90	0	0	0	100	88	86	100	82	112	72	54	104	38	100	86	73	117	89	2.465	1.992



Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1023920749	ROJAS	RIÑO	ERIKA	VANESA	2017-04	E.P.S SURAMERICANA S.A	BENEFICIARIO
CC	1023920749	ROJAS	RIÑO	ERIKA	VANESA	2014-12	SALUD TOTAL S.A.	COTIZANTE
CC	1023920749	ROJAS	RIÑO	ERIKA	VANESA	2016-09	E.P.S SURAMERICANA S.A	COTIZANTE
CC	1023920749	ROJAS	RIÑO	ERIKA	VANESA	2023-06	COMPENSAR E.P.S	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Días Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
COMPENSAR E.P.S	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	06/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	05/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	04/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	03/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	02/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	01/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	12/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	11/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	10/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	09/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	08/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización
COMPENSAR E.P.S	07/2021	30	COTIZANTE	Pago con cotización

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023920749	ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO	Calle 41 bis sur no 0-51 este	4658594	Eri-095@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	I	13/07/2023	68735293	\$382.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	185,600	0	0	0	0	0	0		185,600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.100

2417

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023920749	ERIKA VANESA ROJAS RIAÑO		Calle 41 bis sur no 0-51 este	4658594	Eri-095@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
					TOTAL A PAGAR
2023-06	2023-06	I	13/07/2023	68735293	\$382.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES										
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Exención	Cobertura	Exonerado	INS	PRE	TA	TP	TA	VP	VST	SLA	SG	LMA	VAC	AVP	VCT	IBL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1023920749	ROJAS RIAÑO ERIKA VANESA	59	0			N																231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-7	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA