

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0289 2019	C.D.P. No.:	73	Proceso al que pertenece:	FINANCIERA - FACTURACION
Nombre del Contratista:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	C.C.	1.013.634.029	Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA
Fecha Inicio:	16 DE ENERO DE 2019	Fecha Terminación inicial:	15 DE FEBRERO DE 2019	Valor Mensual:	\$ 2.195.000
				Valor a cobrar:	\$ 2.265.000

ADICIÓN/CTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 10.975.000	417	16/02/2019	15/07/2019
2	\$ 472.043	1217	16/07/2019	15/09/2019
3	\$ 236.022	1296	16/09/2019	15/11/2019
4	\$ 4.530.000	1613		
5	\$ 141.600	1714		
6	4.530.000	2229		
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	\$ 1.097.500	\$ 274.900	8332054150
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 272.500	32617337
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8333208229
4	ABRIL	\$ 2.667.043	\$ 275.400	8333827992
5	MAYO	\$ 2.431.020	\$ 273.300	8334457405
6	JUNIO	\$ 2.336.612	\$ 302.400	35322814
7	1 AL 15 DE JULIO	\$ 1.097.500	\$ 291.600	3622103
8	16 AL 31 DE JULIO	\$ 1.132.500	\$ 291.600	3622103
9	AGOSTO	\$ 2.411.124	\$ 276.100	8336799829
10	SEPTIEMBRE	\$ 2.265.000	\$ 301.700	8337487984
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 2.195.000	\$ 23.079.665	\$ 19.828.299	\$ 3.251.366

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 AUTONOMA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACIÓN (REVISOR DE CUENTA) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2019-09-01 Hasta: 30/09/2019

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
<ol style="list-style-type: none"> Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores. 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. Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador. Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación. Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica. 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. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieren autorización cuenten con este soporte. Revisión de FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas, las mismas deben contar con visto bueno del revisor correspondiente. 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. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación. 	<p>Contratista cumple con el 100% de las actividades programadas del periodo; Realizando acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores. Sirvió como apoyo a los facturadores para la solución de inconvenientes y dudas que impidieran el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura. Realizó auditoría previa y posterior a la realización de facturación. Verificó que todos los soportes de atención se anexaran a las facturas. Verificó el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. Verificó que se hayan cargado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se brindaron a los pacientes durante las estancias. En los casos donde se presentaron anulaciones garantizo que fueran reemplazadas inmediatamente. Revisó que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requerían autorización contaran con este soporte. Revisó FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito. Brindó el apoyo necesario y realizó planes de contingencia en el momento en que no se conto con el sistema de información DGH y bases de datos. Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. Realizó demás actividades que asignó el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.</p>

Observaciones:	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. 1.013.634.029 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

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

Señor(a): LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
No. Identificación: CC1013634029
Dirección: CRA 16 NO. 10A-26
Telefono: 3283534
Correo: linisss20@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8337487984

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1013634029	Periodo de Cotización Salud	agosto de 2019
Número de planilla	8337487984	Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2019
Fecha pago	2019-09-23	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	289173	Total Pagado	301700
Banco	1023	Total Intereses de Mora	3200

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	23800	1
230301	Porvenir	156000	1
EPS005	Sanitas EPS	121900	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1013634029
 APELLIDOS Y NOMBRES: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	964450	964450	964450	0	120600	0	154400	0	23500	0