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 0381 2019	**C.D.P. No.:**	72	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	USS LA VICTORIA

Nombre del Contratista: JONATHAN STEVEN PRIETO CASTIBLANCO **C.C.** 1.031.133.743 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 16 DE ENERO DE 2019 **Fecha Terminación incial:** 15 DE FEBRERO DE 2019 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.504.800

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 8.100.000	417	16/02/2019	15/07/2019
2	$ 3.344.000	1613	16/07/2019	15/09/2019
3	$ 3.344.000	2229	16/09/2019	15/11/2019
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	$ 810.000	$ 243.600	8332877460
2	FEBRERO	$ 1.620.000	$ 256.800	82459624
3	MARZO	$ 1.620.000	$ 257.000	33678396
4	ABRIL	$ 1.620.000	$ 257.800	8334316421
5	MAYO	$ 1.620.000	$ 256.300	8334862140
6	JUNIO	$ 1.620.000	$ 256.300	8335413592
7	1 AL 15 DE JULIO	$ 810.000	$ 256.300	35924450
8	16 AL 31 DE JULIO	$ 836.000	$ 256.300	35924450
9	AGOSTO	$ 1.672.000	$ 256.300	8336774833
10	SEPTIEMBRE	$ 1.504.800	$ 258.800	32171414
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.620.000	$ 16.408.000	$ 13.732.800	$ 2.675.200

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 (HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-09-01 **Hasta:** 30/09/209

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH. 2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados, en caso de faltantes se deben cargar y facturar 3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia. 4. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. 5. Digitar los RIPS de los servicios prestados a cada paciente. 6. Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles. 7. Diligenciar acuerdos de pago y verificar la información dada por el usuario. 8. Recaudar los dineros correspondientes al copago o cuota de recuperación del usuario. 9. Recaudar los abonos de los acuerdos de pago una vez generados. 10. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 11. Entrega de las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 12. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. 13. Hacer entrega del turno contra libro al funcionario que recibe reportando el 100% de las novedades que se presenten 14. 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. 15. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 16. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 17. Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.	1. Confirmo los laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH. 2. Verifico contra historia clínica que se enontrara cobrados el 100% de los procedimientos realizados, en caso de faltantes se deben cargar y facturar. 3. Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia. 4. Verifico el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. 5. Digito los RIPS de los servicios prestados a cada paciente. 6. Genero factura 141 , de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles. 7. Realizo 10 acuerdos de pago y verificar la información dada por el usuario. 8. Recaudo los dineros correspondientes al copago o cuota de recuperación del usuario. 9. Recaudo los abonos de los acuerdos de pago una vez generados. 10. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 11. Entrego las facturas generadas a diario al revisor de cuenta 100% soportadas y organizadas. 12. Realizo las correccione pertinentes a 60 las facturas devueltas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. 13.Realizo entrega del turno contra libro al funcionario que recibe reportando el 100% de las novedades que se presenten 14. Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos. 15. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 16. Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 17. Realizo las Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.031.133.743 **de** BOGOTA

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

Señor(es): jonathan Steven Prieto Castiblanco
Nit: CC 1031133743
Dirección: calle 137 C N 3C -28 sur
Teléfono: 4042506 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	jonathan Steven Prieto Castit
Tipo y número de identificación	1031133743
Número de radicación planilla	8337588197
Fecha de pago	9/24/2019
Número de autorización de pago	32171414
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Agosto 2019
Periodo cotización pensión	Agosto 2019
Periodo cotización caja	Agosto 2019
Número de administradoras	3
Total Pagado	$258.800
Total interes mora	$2.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$20.400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$133.800	1
EPS008	Compensar EPS	$104.600	1

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