5842

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 5842 2023	**C.D.P. No.:**	790	**Proceso que pertenece:**	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT **C.C.** 1.036.684.929 **de:** FUSAGASUGA

Fecha Inicio: 13 DE JUNIO DE 2023 **Fecha Terminación inicial:** 30 DE JUNIO DE 2023 **Valor Mensual:** $ 2.672.026 **Valor a cobrar:** $ 2.672.026

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 5.344.052	2202	2023-07-01	2023-08-31
2	$ 2.672.026	2865	2023-09-01	2023-09-30
3	$ 2.672.026	0	2023-10-01	2023-10-31
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	JUNIO	$ 1.514.148	$ 382.100	1054804967	10/06/2023
2	JULIO	$ 2.672.026	$ 382.100	1055433165	7/07/2023
3	AGOSTO	$ 2.672.026	$ 382.100	1056026905	9/08/2023
4	SEPTIEMBRE	$ 2.672.026	$ 382.100	1056747416	8/09/2023
5	OCTUBRE	$ 2.672.026	$ 382.100	1057446165	9/10/2023
6					
7					
8					
9					
10					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.603.216	$ 12.291.320	$ 12.202.252	$ 89.068

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO 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:** 2023-10-01 **Hasta:** 2023-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1.Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador.2.Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.3.Verificar que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB.4. Realizar las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna.5. Consolidar las causales de devolución de las facturas.6.Generar las relaciones de envió y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las facturas a radicar a las EAPB.7.Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.8.Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. 9.Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.10. Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas.10. Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a las normatividad vigente.11.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.12.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S .13.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área .14.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	1.Revisó a diario las prefacturas asignadas 1032. 2.Verifico contra historia clínica que se encuentren liquidados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido 1565. 3.Verificó que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB 1032. 4. Realizó las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna 416. 5. Consolidó las causales de devolución de las facturas 416. 6.Asignó prefacturas para revisión 2475. 7.Las actividades que realiza no requieren garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas. 8.Las actividades que realiza no requieren informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. 9.Las actividades que realiza no requieren realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario. 10. Las actividades que realiza no requieren registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas. 11.Brinda apoyo a dudas e inquietudes de los facturadores. 12.Brindó 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. 13.Realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S . 14.Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área . 15.Realizó las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Durante el periodo comprendido del mes de Octubre, se realizó el cumplimiento del 100% de las actividades y obligaciones contenidas en el contrato. Se anexa 1 folio de las evidencias resumidas.

Observaciones:

Nota: Es 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. 1.036.684.929 **de** FUSAGASUGA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	MARIA MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
PS 5001 2023	YOINER ACOSTA G.
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:	

Cuenta de cobro 5-2023

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT

C.C 1.036.684.929 de la ciudad de FUSAGASUGA

LA SUMA DE:

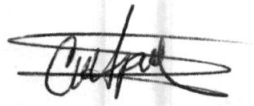
DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE	**$**	**2.672.026**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 5842 2023 correspondiente al mes de OCTUBRE de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO ADMINISTRATIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,



CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT
C.C 1036684929
Teléfono 3134322637
Direccion DIAGONAL 32C BIS N° 12I - 16
No Cuenta 570005070382824 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/10/2023

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-10-18, 05:07:05 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1057446165 **Referencia pago(PIN)** 8823754430

Periodo Cotización 202309 **Periodo Servicio** 202309

Cliente:

PAGADA 2023-10-09 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT				
Documento	CC 1036684929	**Dirección**	DG 32C SUR #12 I - 16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134322637		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1036684929		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					PEREZ BETANCOURT CATHERIN PAMELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.160.000	230201		16 %	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.160.000	$ 145.000	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.160.000	$ 28.300	CCF24	2 %	$ 1.160.000	$ 23.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 145.000	$ 28.300	$ 23.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 382.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE

REVISION EN LINEA / CARGUE DE INFORMACIÓN

ACTIVIDADES MES DE 16 DE SEPTIEMBRE AL 16 DE OCTUBRE_ 2023

NOMBRE DEL COLABORADOR: CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT

ACTIVIDAD PRINCIPAL: CARGUE DE CIRUGIAS, PARAMETRIZACIÓN Y CENTRAL DE REVISION Y LIQUIDACION_

TOTAL DEL MES

No.	ACTIVIDAD / FECHA	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	TOTAL POR ACTIVIDAD
1	CANTIDAD DE PREFACTURAS REVISADAS			67		103		79	71	45		95		87				40		94		73	71	40		78		80				57	1080
2	CANTIDAD DE PREFACTURAS OBJETADAS			32		32		21	29	20		26		30				13		38		22	29	21		25		32				22	392
3	CANTIDAD DE CUENTAS DISTRIBUIDAS																																0
4	PARAMETRIZACION SISTEMA DE INFORMACION DGH																																0
5	CANTIDAD DE CIRUGIAS CARGADAS																																0
6	CANTIDAD DE CAMAS CARGADAS UCI																																0
7	CANTIDAD DE CORREOS POR CORRECCIONES DE CIRUGIAS CARGADAS EN UNIDAD																																0
8	CANTIDAD DE ORDENES CONFIRMADAS																																0
9	CARGUE Y VALIDACION DE SERVICIOS TERCERIZADOS																																0
10	CANTIDAD DE FACTURAS AUDITADAS																																0
11	CANTIDAD DE FACTURAS SOPORTADAS																																0
12	CANTIDAD DE REGISTROS REPORTADOS (INCONSISTENCIAS OTROS PAGADORES)																																0
13	OTROS																																0
TOTAL DE ACTIVIDADES			0	99	0	135	0	100	100	65	0	121	0	117	0	0	0	53	0	132	0	95	100	61	0	103	0	112	0	0	0	79	1472

ESPECIFIQUE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL NUMERAL 13	

VoBo Referente _____

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1036684929	PEREZ	BETANCOURT	CATHERIN	PAMELA	2023-09	FAMISANAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	1036684929	PEREZ	BETANCOURT	CATHERIN	PAMELA	2018-07	FAMISANAR E.P.S.	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
FAMISANAR E.P.S.	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
FAMISANAR E.P.S.	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7

62 Registros en 7 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar