2312

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 2812 2023	**C.D.P. No.:**	122	**Proceso que pertenece:**	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CENTRO DE SALUD CHIRCALES
Nombre del Contratista:	JOHAN SNEIDER MONTAÑO LOPEZ			**C.C.**	1.077.149.151 de: VILLAPINZON
Fecha Inicio:	01 DE FEBRERO DE 2023	**Fecha Terminación inicial:**	30 DE ABRIL DE 2023	**Valor Mensual:**	$ 1.975.952 **Valor a cobrar:** $ 1.975.952

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 163.152	861		
2	$ 1.975.952	1043	2023-05-01	2023-03-31
3	$ 1.975.952	1410	2023-06-01	2023-06-30
4	$ 3.951.904	2202	2023-07-01	2023-08-31
5	$ 1.975.952	2865	2023-09-01	2023-09-30
6	$ 1.975.952	3351	2023-10-01	2023-10-31
7	$ 1.975.952		2823-11-01	2023-11-30
8				
9				
18				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.812.880	$ 382.100	65550363	13/02/2023
2	MARZO	$ 1.812.800	$ 382.100	66054908	3/03/2023
3	ABRIL	$ 1.975.952	$ 382.100	67015978	12/04/2023
4	MAYO	$ 1.975.952	$ 382.100	67801294	12/05/2023
5	JUNIO	$ 1.975.952	$ 382.100	68511009	9/06/2023
6	JULIO	$ 1.973.952	$ 382.100	69307295	12/07/2823
7	AGOSTO	$ 1.975.952	$ 382.100	70045493	10/08/2823
8	SEPTIEMBRE	$ 1.975.952	$ 382.100	70893142	13/09/2023
9	OCTUBRE	$ 1.975.952	$ 382.100	71656843	12/10/2023
10	NOVIEMBRE	$ 1.975.952	$ 382.100	72444285	14/11/2023
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.438.480	$ 19.433.216	$ 19.433.216	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS BACHILLER 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:** 2023-11-01 **Hasta:** 2023-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1. Recepcionar, registrar y confirmar las ordenes de servicio de los pacientes hospitalizados. 2. Verificar contra historia clinica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura. 3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermeria. 4. Registrar la información referente a la atencion de los Recien Nacidos (talla, sexo, peso, etc.). 5. Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad. 6. Verificar y adjuntar los soportes de tecnologias no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MiPRES). 7. Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras. 8. Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el area asistencial. 9. Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario. 10. Elaborar factura de Hospitalización y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atencion prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 11. Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. 12. Diligenciar la solicitud de credito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. 13. Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 14. Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Area De Tesoreria. 15. Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area. 16. Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 17. Brindar 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. 18. Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 19. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area. 20. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	1. Recepcionó, registro y confirmó las ordenes de servicio de observación de urgencias. 2. Verificó contra historia clinica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura. 3. Revisó los medicamentos y material médico quirurgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermeria. 4. Registró la información referente a la atención de los Recien Nacidos (talla, sexo, peso, etc.). 5. No se Tramitó ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad. 6. Verificó y adjuntó los soportes de tecnologias no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MiPRES). 7. Adjuntó el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras. 8. Egresó oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notificó orden de salida por el área asistencial. 9. Generó Orden de Salida en sistema de información, firmó y entregó a los usuario. 10. Elaboró 190 facturas de los pacientes de Urgencias y Observacion y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 11. Legalizó el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. 12. Diligenció la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. 13. Recibió e ingresó los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 14. Realizó cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Area De Tesoreria. 15. Entregó las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area. 16. Corrigió dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 17. 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. 18. Realizó actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 19. Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el area. 20. Realizo las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Durante el periodo comprendido del mes de Noviembre, se realizó el cumplimiento del 100% de las actividades y obligaciones contenidas en el contrato. Se aneva 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. 1.077.149.131 de VILLAPINZON

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1

NOMBRE:	MARIA MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2

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

Cuenta de cobro 10-2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

JOHAN SNEIDER MONTAÑO LOPEZ

C.C 1.077.149.151 de la ciudad de VILLAPINZON

LA SUMA DE:

UN MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE	**$**	**1.975.952**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2812 2023 correspondiente al mes de NOVIEMBRE de 2023

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

Cordialmente,

JOHAN SNEIDER MONTAÑO LOPEZ
C.C 1077149151
Teléfono 3158796695
Direccion KR 12 ESTE # 11 25 SUR
No Cuenta 58900890 AHORROS BANCO AVVILLAS
Fecha: 30/11/2023

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077149151	JOHAN SNEIDER MONTAÑO LOPEZ	cra 12 este # 11-25 sur	6631406	johansml96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D. C.	SOGOTÁ, D.C.		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-10	2023-10	I	14/11/2023	72444285	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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 Bolivar 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

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

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	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
CC	1077149151	MONTAÑO	LOPEZ	JOHAN	SNEIDER	2015-11	SALUDCOOP E.P.S	COTIZANTE
CC	1077149151	MONTAÑO	LOPEZ	JOHAN	SNEIDER	2018-10	MEDIMAS EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	1077149151	MONTAÑO	LOPEZ	JOHAN	SNEIDER	2017-07	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	1077149151	MONTAÑO	LOPEZ	JOHAN	SNEIDER	2023-10	E.P.S SANITAS	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERIODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
E.P.S SANITAS	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
E.P.S SANITAS	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

92 Registros en 10 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

FACTURACIÓN URGENCIAS / HOSPITALIZACIÓN

ACTIVIDADES MES DE OCTUBRE-NOVIEMBRE 2023

NOMBRE DEL COLABORADOR: JOHAN MONTAÑO

TOTAL DEL MES

No.	ACTIVIDAD / FECHA	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TOTAL POR ACTIVIDAD
1	INGRESOS APERTURADOS		4		9		4	4	3		10		5				3			12	2	6		5		9		17	3	11				107
2	CITAS PRIORITARIAS AGENDADAS		4		2		5	4	0		2		5				3			4	3	3		4		5		6	2	4				56
3	ORDENES DE SALIDA GENERADAS		14		5		10	12	11		12		17				3			7	11	12		5		9		12	4	9				153
4	COPAGOS TRABAJADOS				1				1		1										1													4
5	FACTURAS GENERADAS		5		12		21	5	3		27		9				5			19	10	7		12		23		26	8	6				198
6	RECIBOS DE CAJA REALIZADOS				1		1	2	1		1										1					1		7						15
7	PAGARÉS REALIZADOS																1																	1
8	CANTIDAD DE CAMAS CARGADAS																																	0
9	ORDENES DE SERVIOO CONFIRMADAS																																	0
10	CANTIDAD DE CUENTAS DISTRIBUIDAS																																	0
11	CANTIDAD DE SOPORTES ESCANEADOS		14		12		12	12	11		12		17				5			12	11	12		5		9		12	4	9				169
12	OTROS																																	0
TOTAL DE ACTIVIDADES		0	41	0	42	0	53	39	30	0	65	0	53	0	0	0		0	0	54	39	40	0	31	0	56	0	80	21	39	0	0	0	683

ESPECIFIQUE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL NUMERAL 12	

VoBo Referente _____