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 0275 2019	**C.D.P. No.:**	73	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANDRES VARGAS RODRIGUEZ **C.C.** 1.013.602.983 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 16 DE ENERO DE 2019 **Fecha Terminación incial:** 15 DE FEBRERO DE 2019 **Valor Mensual:** $ 2.195.000 **Valor a cobrar:** $ 2.752.097

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 10.975.000	417	16/02/2019	15/07/2019
2	$ 236.022	1296	16/07/2019	15/09/2019
3	$ 4.530.000	1613	16/09/2019	15/11/2019
4	$ 141.600	1714		
5	$ 4.530.000	2229		
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	$ 1.097.500	$ 278.500	8332168869
2	FEBRERO	$ 2.195.000	$ 278.500	8333005229
3	MARZO	$ 2.195.000	$ 278.500	8333613903
4	ABRIL	$ 2.195.000	$ 278.500	8334279497
5	MAYO	$ 2.431.020	$ 278.500	8334880505
6	JUNIO	$ 2.336.612	$ 300.900	8335464319
7	1 AL 15 DE JULIO	$ 1.097.500	$ 289.300	8336108925
8	16 AL 31 DE JULIO	$ 1.132.500	$ 289.300	8336108925
9	AGOSTO	$ 2.411.124	$ 276.100	833624046
10	SEPTIEMBRE	$ 2.752.097	$ 298.500	56250008
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.195.000	$ 22.607.622	$ 19.843.353	$ 2.764.269

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, EN SU CONDICIÓN DE TECNICO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN EL PROCESO DE FACTURACION (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:** 30/09/209

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Realizar acompañamiento diario y auditoria concurrente a los facturadores. 2. 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. 3. Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador. 4. Realizar auditoria previa y posterior a la realización de facturación. 5. Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura. 6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. 7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica. 8. 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. 9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable. 10. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores. 11. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente. 12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieren autorización cuenten con este soporte. 13. Revisión de FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito. 14. 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. 15. 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. 16. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 18. Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.	Contratista cumplio con el 100% de las actividades programadas del periodo; Realizando acompañamiento diario y auditoria 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 auditoria 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 requerian 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.

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. 1.013.602.983 **de** BOGOTA

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

Señor(es): ANDRES VARGAS RODRIGUEZ
Nit: CC 1013602983
Dirección: CR 14 B No 1 - 60 SUR INT 11
Teléfono: 4092464 **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	ANDRES VARGAS RODRIG
Tipo y número de identificación	1013602983
Número de radicación planilla	8337397618
Fecha de pago	9/12/2019
Número de autorización de pago	56250008
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	$298,500
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$23.500	1
230301	Porvenir	$154.400	1
EPS005	Sanitas EPS	$120.600	1

PAGADO 8025008

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