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 0282 2019	**C.D.P. No.:**	73	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS **C.C.** 52.733.286 **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:** $ 2.313.710

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	$ 4.530.000	2229		
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	$ 1.097.500	$ 271.700	8332316005
2	FEBRERO	$ 2.195.000	$ 271.700	8332906355
3	MARZO	$ 2.195.000	$ 271.700	8333513318
4	ABRIL	$ 2.195.000	$ 272.100	8334119587
5	MAYO	$ 2.431.020	$ 271.700	8334766631
6	JUNIO	$ 2.195.000	$ 300.900	8335435284
7	1 AL 15 DE JULIO	$ 1.097.500	$ 271.700	8335988676
8	16 AL 31 DE JULIO	$ 1.132.500	$ 271.700	8335988676
9	AGOSTO	$ 2.703.372	$ 276.400	8336618064-370059951
10	SEPTIEMBRE	$ 2.313.710	$ 335.300	8337283201-8337725554
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.195.000	$ 22.466.022	$ 19.555.602	$ 2.910.420

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:** 30/09/209

	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 auditoría 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 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 asi como la generación rápida de la factura. Recepcionó las facturas de acuerdo a síntesis de cada facturador. 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 facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se brindaron a los pacientes durante las estancias. Hizó devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable. Hizó seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores. 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. Realizó entrega al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas. 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. 52.733.286 **de** BOGOTA

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

CAB

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

Señor(a): NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS
No. Identificación: CC52733286
Dirección: CL 12 SUR NO 1 06
Telefono: 2802504
Correo: normacarolinabolanos@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8337283201

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS
Tipo y número de identificación	CC52733286
Número de planilla	8337283201
Fecha pago	2019-09-11
Número de autorización pago	3427159
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2019
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	294000
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	21800	1
231001	Colfondos	142800	1
CCF21	Cafam Caja de Compensacion Fliar	17900	1
EPS008	Compensar EPS	111500	1

8337283201

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52733286
APELLIDOS Y NOMBRES: NORMA CAROLINA BOLAÑOS CONTRERAS

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
EPS008	231001	892000	892000	892000	892000	111500	0	142800	0	21800	0

" milena leon "