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 0369 2019	**C.D.P. No.:**	72	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	CAMI DIANA TURBAY
Nombre del Contratista:	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA	**C.C.**	1.023.925.980	**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:	$ 1.672.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 8.100.000	417	16/02/2019	15/07/2019
2	$ 104.520	1217	16/07/2019	15/09/2019
3	$ 3.344.000	1613	16/09/2019	15/11/2019
4	$ 104.520	1714		
5	$ 3.344.000	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	$ 810.000	$ 242.300	8332212481
2	FEBRERO	$ 1.620.000	$ 256.300	8332835177
3	MARZO	$ 1.620.000	$ 256.300	8333654874
4	ABRIL	$ 1.724.520	$ 258.100	8334290940
5	MAYO	$ 1.620.000	$ 256.600	8334290887
6	JUNIO	$ 1.724.516	$ 256.600	8335388870
7	1 AL 15 DE JULIO	$ 810.000	$ 256.600	8336009007
8	16 AL 31 DE JULIO	$ 836.000	$ 256.600	8336009007
9	AGOSTO	$ 1.788.857	$ 256.600	8336581688
10	SEPTIEMBRE	$ 1.672.000	$ 256.600	8337392767
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.620.000	$ 16.617.040	$ 14.225.893	$ 2.391.147

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 boletin 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.	El contratista cumplio con todas las actividades del periodo generando un total de 352 facturas en el sistema de información DGH, Recepcionó las órdenes de servicio y realizó a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH. Verificó contra historia clínica que se encuentraran cobrados el 100% de los procedimientos realizados, en caso de faltantes realizo el correpondiente cargue Revisó los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia. Verificó el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. Diligenció acuerdos de pago en los casos que se requirió Recaudó los dineros correspondientes al copago o cuota de recuperación de los usuarios. Realizó cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. Entregó las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. Realizó las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. Hizó entrega del turno contra libro al funcionario que recibia reportando el 100% de las novedades que se presentaron Brindó el apoyo necesario y realizó planes de contingencia en el momento en que no se conto con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos. Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. Realizó las demás actividades que asignó el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación. Por lo tanto se certifica el 100% de actividades cumplidas sin presentar novedad.

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. 1.023.925.980 **de** BOGOTA

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

009

869

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

Señor(a): DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
No. Identificación: CC1023925980
Dirección: CR 3 ESTE # 43C 40 SUR
Telefono: 3640922
Correo: paola272910@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8337392767

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA
Tipo y número de identificación	CC1023925980
Número de planilla	8337392767
Fecha pago	2019-09-12
Número de autorización pago	1000000405
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2019
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	256600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	20200	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	132700	1
EPS002	Salud Total EPS	103700	1

8337392767

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023925980
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA BOLIVAR GARCIA

ód. 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
EPS002	230201	829000	829000	829000	0	103700	0	132700	0	20200	0

...PRIVADO con apoyo de Compensar Operador de Información