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 0382 2019	**C.D.P. No.:**	72	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN BLAS

Nombre del Contratista: KAREN LILIANA CRUZ GARCIA **C.C.** 1.023.886.996 **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:** $ 1.725.935

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 8.100.000	417	16/02/2019	15/07/2019
2	$ 313.560	677	16/07/2019	15/09/2019
3	$ 261.300	966	16/09/2019	15/11/2019
4	$ 3.344.000	1613		
5	$ 261.300	1714		
6	3.344.000	2229		
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	$ 241.800	8898838900
2	FEBRERO	$ 1.933.560	$ 241.800	1019035942
3	MARZO	$ 1.776.774	$ 256.300	1019036012
4	ABRIL	$ 1.724.520	$ 256.300	1019776044
5	MAYO	$ 1.620.000	$ 256.300	1021098317
6	JUNIO	$ 1.881.290	$ 256.300	1021098554
7	1 AL 15 DE JULIO	$ 108.000	$ 256.300	1021803048
8	16 AL 31 DE JULIO	$ 216.000	$ 256.300	1021803048
9	AGOSTO	$ 1.887.736	$ 256.300	1023316204
10	SEPTIEMBRE	$ 1.725.935	$ 256.300	1023330883
11				
12				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.620.000	$ 17.244.160	$ 13.683.815	$ 3.560.345

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 boletín 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.	1. Confirmo los laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH. 2. Verifico contra historia clínica que se enontrara cobrados el 100% de los procedimientos realizados, en caso de faltantes se deben cargar y facturar. 3. Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia. 4. Verifico el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. 5. Digito los RIPS de los servicios prestados a cada paciente. 6. Genero factura 577 y realizo 10recibos 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. Realizo 3 acuerdos de pago y verificar la información dada por el usuario. 8. Recaudo los dineros correspondientes al copago o cuota de recuperación del usuario. 9. Recaudo los abonos de los acuerdos de pago una vez generados. 10. Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 11. Entrego las facturas generadas a diario al revisor de cuenta 100% soportadas y organizadas. 12. Realizo las correccione pertinentes a 29 facturas devoeltas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. 13.Realizo entrega del turno contra libro al funcionario que recibe reportando el 100% de las novedades que se presenten 14. Brindo 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. 15. Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 16. Realizo las Demás actividades que asigne 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. 1.023.886.996 **de** BOGOTA

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-09-20, 07:28:23 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1023330883 **Referencia pago(PIN)** 8809414690

Periodo Cotización 201908 **Periodo Servicio** 201908

Cliente:

PAGADA 2019-09-19 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN LILIANA CRUZ GARCIA				
Documento	CC 1023886996	**Dirección**	DIG 32 C SUR 6 A 21 ESTE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3631736		
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 1023886996		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CRUZ GARCIA KAREN LILIANA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

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

Novedades

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Extranjero	S. Integral	Salario
															0	30	30	30	0			$ 828.116

Pensión

Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS
230301		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0

Salud

Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC
EPS017		12,5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0

Riesgos

Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos
14-11	3	2,436 %	$ 828.116	$ 20.200

Caja

Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja
NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0

Parafiscales

Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apo[rte] ICB[F]
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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL[E]