27

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES

CÓDIGO: AP-IA-FT-01
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	0329 2019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES / ADMISIONES
				Unidad a la que pertenece:	USS VICTORIA

Nombre del Contratista: INGRI NATALI ROJAS RIOS **C.C.** 1.023.019.186 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-01-09 **Fecha Terminación incial:** 2019-30-09 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.050.000		2019-02-16	2019-07-15
2	$ 2.910.000		2019-07-16	2019-09-15
3	$ 2.910.000		2019-09-16	2019-11-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 705.000	$ 243.100	32646041
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 258.000	33181720
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 258.100	33925202
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 258.000	34560075
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 257.500	35083777
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 257.200	35708396
7	JULIO	$ 705.000	$ 256.300	36187939
8	JULIO	$ 727.500	$ 256.300	36187939
9	AGOSTO	$ 1.455.000	$ 256.300	36893475
10	SEPTIEMBRE	$ 1.455.000	$ 257.800	37659150
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.410.000	$ 14.280.000	$ 12.097.500	$ 2.182.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - ADMISIONES

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-09 **Hasta:** 2019-30-09

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1. Registrar e ingresar el 100% de los usuarios en sistema de información Dinámica Gerencial en el módulo de admisiones, dando prioridad a gestantes y niños que consulten por el servicio de urgencias	11. Realizar contacto con las entidades para reporte y solicitud de autorizacion de la atencion de urgencias, orden de Hospitalizacion y/o procedimientos adicionales a traves de los medios establecidos en la Resolucion 3047/2018 garantizando que se realicen los 3 reportes como lo indica la normatividad todo debidamente soportado
2	2. Registrar la información de los usuarios en el sistema de información DGH tales como No. de documento de identidad, nombres y apellidos,dirección, teléfono, nombre del acompañante	12. Reportar a pagadores las tecnologias NO PB del regimen subsidiado y realizar seguimiento a respuestas y devoluciones
3	3. Apoyar el proceso de verificación de ingreso y/o reingreso de pacientes en el sistema de información DGH,adelantando las acciones necesarias para confirmar datos y actualizarla información cuando corresponda.	13. Verificar en el correo electronico las respuestas dadas por las diferentes entidades a quienes se les haya reportado un servicio y dar respuesta oportuna a sus requerimientos , con el fin de garantizar que se emita la autorizacion correspondiente
4	4. Verificar en todas las bases de datos (FOSYGA, DNP, BDUA, Comprobador web, etc.), el estado de afiliación del paciente o los pacientes, tanto por número de documentos como por nombres y apellidos	14. Registrar en matriz de seguimiento y base de datos (SIIES) el resultado de la autorizacion u observaciones pertinentes en cada solicitud
5	5. Imprimir y guardar registro en SIIES todos los pantallazos de afiliación del paciente	15. Reportar a la dependencia de Trabajo Social o a la que haga sus veces los casos donde deben intervenir
6	6. Apoyar y entregar los formatos de consulta de urgencias a los usuarios y pacientes que lo requieran	16. Verificar que toda factura que se genere por el servicio de urgencias cuente con autorizacion correspondiente
7	7. Realizar las acciones necesarias para generar la factura de TRIAGE cuando corresponda	17. Entregar contra registro el libro de reporte del 100% de las novedades que se presenten en ejecucion del objeto contractual
8	8. Verificar en todos los casos la seguridad social del paciente , independientemente que esta ya haya sido identificada por admisiones y definir linea de pago	18. Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S
9	9. Realizar el censo de los pacientes que se encuentren en el servicio a cargo verificando cama por cama contra historia clinica los procedimientos realizados, el estado de afiliacion del paciente y realizar las correcciones en casos en los que se detecten errores en la definicion de linea de pago.	19. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area
10	10. Realizar la hospitalizacion y asignacion de cama en DGH de todos los pacientes a cargo.	20. Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato

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

Natali Rojas
Firma del Contratista

C.C. 1.023.019.186 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

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	1023019186	INGRI NATALI ROJAS RIOS	carrera 56 -65 sur	3123631919	ingri_wy22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. 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	
			2019/09/26	499658561	EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-08	2019-08	I	26/09/2019	37659150	$257.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	103.600	0		0		0	7	600	0	104.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	132.500	0	0	0	0	7	700	0	133.200	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	20.200				20.200	7	200	20.400			202	20.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	103.600	104.200
Pensión	1	132.500	133.200
Riesgos Laborales	1	20.200	20.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	256.300	257.800

PAGADA 37659150

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

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	1023019186	INGRI NATALI ROJAS RIOS	carrera 56 -65 sur	3123631919	ingri_wy22@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-08	2019-08	I	26/09/2019	37659150	$257.800

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza. solidar	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1023019186	ROJAS RIOS INGRI NATALI	59	0			N																	230301	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS008	828.116	103.600	14-11	828.116	3	20.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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