1023928632
0337

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: 2019-01-11 **Fecha Terminación incial:** 2019-30-11 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.642.752

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	$ 2.910.000		2019-11-16	2020-01-15
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	OCTUBRE	$ 1.736.628	$ 257.000	38244822
12	NOVIEMBRE	$ 1.642.752	$ 257.500	38960119
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	$ 17.190.000	$ 15.476.880	$ 1.713.120

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:** 2019-01-11 **Hasta:** 2019-30-11

	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 usuariosen 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

Nuñez 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	

24 horas

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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-10	2019-10	I	28/11/2019	38960119	$257.500	

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	6	500	0	104.100	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	6	600	0	133.100	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	6	100	20.300			202	20.300	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	104.100
Pensión	1	132.500	133.100
Riesgos Laborales	1	20.200	20.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	256.300	257.500

PAGADA 38960119

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