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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 04
FECHA: 2024-02-22

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2855 2024	**C.D.P. No.:**	319	**Proceso que pertenece:**	MISIONAL
				Servicio al que pertenece:	URGENCIAS
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SAN BLAS

Nombre del Contratista: DANIELA ANDREA MUÑOZ FORERO **C.C.** 1.014.278.483 **de:** BOGOTÁ D.C.

Fecha Inicio: 2024-02-01 **Fecha Terminación incial:** 2024-03-31 **Valor Mensual:** $ 2.672.026 **Valor a cobrar:** $ 2.672.026

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.672.026			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
	FEBRERO	$ 2.672.026	$ 403.400	74576123	23/02/2024
	MARZO	$ 2.672.026	$ 402.200	75382887	12/03/2024

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.344.052	$ 8.016.078	$ 5.344.052	$ 2.672.026

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS TÉCNICOS COMO REVISOR AUTORIZACIONES Y ADMISIONES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2024-03-01 **Hasta:** 2024-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Generar reporte diario del detallado de facturación y ordenes de salida del dia inmediatamente anterior	Descargue detallado del dinamica gerencial de lo facturado y odenes de salida del dia anterior	Consolidado en el DRIVE -el cual esta en el correo de soporteautorizaciones2@gmail.com
2	Verificar que lo facturado y lo que tiene Ordenes de salida cuenten con las autorizaciones según los servicios prestados,y/o gestion correspondiente según lo establecido en la Resolución 3047 del 2008, y las particularidades de cada una de la EAPB;	Verificacion de la gestion realizada con referente a cada una de las facturas y ordenes de salida , en las plataformas de cada ERP y/o correos	Soportes ubidos en Dinamica Gerencial- Requerimientos y observaciones en el DRIVE por cada factura y/o orden de salida
3	Reportar diariamente al area de facturacion los casoso que presente diferencias entre lo facturado vs prestado vs autorizado, esto con el fin que se realicen los ajustes al que haya lugar	Reportar por correo los casos que presenta inconsistenci entre lo facturado y lo prestado	Correo enviado al auditoriafacturacion@subredcentrooriente.gov.co
4	Revisar diariamente el Censo por servicios esto con el fin de poder identificar oportunamente las inconsistencias en el proceso de autorizaciones y asi realizar el reporte a los referentes trasversales del proceso de autorizaciones según aplique	Revision de que los pacientes que estan en el censo cuente con las autorizaciones respectivas según los pretado y lo definido por cada ERP	Inconsistencias reportadas por correo a los referentes transversales autorizacionessantaclara@subredcentrooriente.gov.co;auto rizacionesvictoria@subredcentrooriente.gov.co
5	Verificar que se encuentren los soportes administrativos de las revision de las bases de datos (DNP,ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS, VERIFICADORES DE EAPB), para confirmar la EAPB	Verifique las bases de datos (DNP,ADRES,COMPROBADOR DE DERECHOS, VERIFICADORES DE EAPB) para confirmar que la informacion sea correspondiente al paciente	Inconsistencias reportadas por correo a los referentes transversales autorizacionessantaclara@subredcentrooriente.gov.co;auto
6	Subir soportes de gestion de autorizaciones y verificacion de derechos de cada uno de los ingresos realizados por Urgencias, Hospitalizacion y/o de programacion de procedimeintos ambulatoria en Dinamica Gerencial	Bajé soportes en PDF creando caperta por ingreso con soportes definicion de pagador y autorizaciones adjuntando archivo correspondiente a Dinamica Gerencial para que asi se soporte la cuenta a radicar en la EAPB	Carpeta diaria nombrada por ingreso con todos los soportes con los que se cuente
7	Dar respuesta oportuna de cada uno de los casos que reporta el area de cuentas medicas	Reviso lo enviado por el area de cuentas medicas validando que cuenten con las respectivas autorizaciones solicitadas	Respuesta al correo electronico cuentasmedicas@subredcentrooriente.gov.co
8	Realizar reporte diario a los referentes tranversales del area de autorizaciones de los casos que presente inconsistecia , esto con el fin de que se subsanen	Realicé Informe diario de las gestiones que presentan inconsistencias de autorizaciones y Validar que se subsanen solitudes enviadas anteriormente	Inconsistencias reportadas por correo a los referentes transversales autorizacionessantaclara@subredcentrooriente.gov.co;auto
9	Realizar informe mensual con el comportamiento frente a la gestion de las Unidades en el proceso de autorizaciones mediante el indicador establecido	Realizar informe mensual de la gestion realizada y enviar a referente de autorizaciones	Correo a autorizaciones@subredcentrooriente.gov.co referente de autorizaciones
10	Asistir a las capacitaciones, reuniones programadas por la área y/o la Subred;	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad	Actas de capacitacion
11	Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Realicé las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	Actas
12	Asistir y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad	Asisti y participar en las capacitaciones, socializaciones, espacios técnico-cientificos que se programen desde la entidad	Actas de capacitacion

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Danielamunozf

Firma del Contratista

C.C. 1.014.278.483 **de** BOGOTÁ D.C.

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	
CARGO:	
FIRMA	

CUENTA DE COBRO No. 2

FECHA 31/03/2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
CENTRO ORIENTE E.S.E.
Nit. 900.959.051.7

DEBE A:

DANIELA ANDREA MUÑOZ FORERO
C.C 1014278483

LA SUMA DE

DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VENTISEIS PESOS

($2.672.026)

Por concepto de **31 DIAS**, Honorarios por Prestación de Servicios en cumplimiento del Contrato No. **PS 2855 2024**, con afiliación a **ARL RIESGO 3** correspondiente al mes de **MARZO 2024**.

OBJETO: **PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO REVISOR AUTORIZACIONES Y ADMISIONES PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E**

Cordialmente,

DANIELA ANDREA MUÑOZ
FORERO
C.C 1014278483
TELEFONO: 3155005189 DIRECCION: DG 81 J # 76 A 85
N° DE CUENTA: 4000203291 CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

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	1014278483	DANIELA ANDREA MUÑOZ FORERO	diagonal 81A No 76A - 85	3219629	danniforero96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	75382887	$402.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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	1014278483	DANIELA ANDREA MUÑOZ FORERO		diagonal 81A No 76A - 85	3219629	danniforero96@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	12/03/2024	75382887	$402.200	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	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	1014278483	MUÑOZ FORERO DANIELA ANDREA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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