3880

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 3880 2024	C.D.P. No.:	933	Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA
				Servicio al que pertenece:	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: MARIA PAULA RESTREPO COCUNUBO C.C. 1.013.686.448 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 20 DE MARZO DE 2024 Fecha Terminación Inicial: 30 DE ABRIL DE 2024 Valor Mensual: $ 1.796.320 Valor a cobrar: $ 1.796.320

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
2				
3				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MARZO	$ 658.651	$ 0	NUEVO	0/01/1900
2	ABRIL	$ 1.796.320	$ 403.000	8810484902	12/04/2024
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 2.514.848	$ 2.514.848	$ 2.454.971	$ 59.877

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-04-01 Hasta: 2024-04-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1. Realizar llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador.2. Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.3. Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos.4. Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. 5. Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.6. Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera. 7. Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. 8. Recepcionar dinero, generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. 9. Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.10. Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. 11. Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. 12. Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. 13. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 14. Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización. 15. Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 16. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	"1. Se verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente. 2. Se actualizo datos personales del usuario a facturar. 3. Se genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. 4. Se legalizo el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información. 5. Se elaboro facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.. 6. Se realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 7. Se entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area. 8. Se corrigio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 9. Se brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 10. Se realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Se asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Se realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato."	Se adjuntan 1 folio con las evidencias de las actividades realizadas durante el periodo de ABRIL 2024. También se pueden validar en DGH en el módulo de facturación en reportes generados. Donde se puede descargar el estadistico con el numero de documento ,

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.

Firma del Contratista

C.C. 1.013.686.448 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	YOINER ACOSTA GONZALEZ
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro 2 - PS 3880 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

MARIA PAULA RESTREPO COCUNUBO

C.C 1.013.686.448 de la ciudad de BOGOTA D.C

LA SUMA DE:

UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	**$**	**1.796.320**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3880 2024 correspondiente al mes de ABRIL de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Cordialmente,

MARIA PAULA RESTREPO COCUNUBO
C.C 1013686448
Teléfono 3107533443
Direccion CL 4 SUR 10 02
No Cuenta 24100769229 AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
Fecha: 30/04/2024

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-04-12, 04:29:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1062967228

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810484902

PAGADO 12/04/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA PAULA RESTREPO COCUNUBO		
Documento	CC1013686448	**Dirección**	CR 16 #20 - 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3107533443
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	CON	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1013686448	MARIA PAULA RESTREPO COCUNUBO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS001) ALIANSALUD	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 800	$ 403.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si Usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO IDENTIFICACION	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1013686448	RESTREPO	COCUNUBO	MARIA	PAULA	2019-09	CRUZ BLANCA E.P.S	COTIZANTE
CC	1013686448	RESTREPO	COCUNUBO	MARIA	PAULA	2020-04	ALIANSALUD E.P.S.	BENEFICIARIO
CC	1013686448	RESTREPO	COCUNUBO	MARIA	PAULA	2024-03	ALIANSALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1013686448	RESTREPO	COCUNUBO	MARIA	PAULA	2019-10	CRUZ BLANCA E.P.S	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
ALIANSALUD E.P.S.	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
ALIANSALUD E.P.S.	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

1 2 3 4 5 6 7

67 Registros en 7 Paginas

Pago Normal: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Dicho lo anterior estos afiliados no cuentan con un pago o cotización al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Volver a Consultar | Descargar

AGENDA ANTICIPADA

DEL 26 DE MARZO DE 2024 AL 17 DE ABRIL DE 2024

Maria Paula Restrepo Cocunubo

INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	MARZO						ABRIL																	COMI
		DIA	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
			MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	
1	Facturacion agenda anticipada		X	X				X		X		X			X		X		X			X				FACTURACIÓN ANTICIPADA
2	Verificacion Comprobadores		X	X				X		X		X			X		X		X			X				
3	Amarre de facturas																									
4	Ordenes de ambulancia																									
5	Cotizaciones																									
6	Bancos de sangre																									
7	Cargue de laboratorios Clinicos																									
8	Amarre de facturas																									
9	Agenda anticipada de laboratorios																									

INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	MARZO						ABRIL																	TOTAL POR ACTIVIDAD
		DIA	26	27	28	29		30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
			MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES		SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO	LUNES	MARTES	
1	Facturacion agenda anticipada		17	16					52		84		66			115		96		119			117		201	883
2	Verificacion Comprobadores x4		68	64					208		336		264			460		384		476			468		804	3532
3	asignacion citas																									
4	Ordenes de ambulancia																									
5	Cotizaciones																									
6	Bancos de sangre																									
7	Cargue de laboratorios Clinicos																									
8	Amarre de facturas en ventanilla																									
9	Agenda anticipada de laboratorios Clinicos																									
																										883

Subred Centro Oriente E.S.E	**CERTIFICACION DE ACTIVIDADES FACTURACION CONSULTA EXTERNA SCO**

NOMBRES Y APELLIDOS :			
MES:_____	FECHA DE CERTIFICACION __/__/____		
INCONCISTENCIAS PYD ERRORES DE PAGADOR	INCONSISTENCIAS PGP	FACTURAS DE EVENTO	INGRESOS Y TESORERIA

Subred Centro Oriente E.S.E	**CERTIFICACION DE ACTIVIDADES FACTURACION CONSULTA EXTERNA SCO**

NOMBRES Y APELLIDOS :			
MES:_____	FECHA DE CERTIFICACION __/__/____		
INCONCISTENCIAS PYD ERRORES DE PAGADOR	INCONSISTENCIAS PGP	FACTURAS DE EVENTO	INGRESOS Y TESORERIA