3876

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 3876 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: DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA | C.C. 1.025.142.282 | 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	$ 1.796.320	1372	1/05/2024	31/05/2024
2	$ 1.796.320	1722	1/06/2024	30/06/2024
3	$ 0	0	0/01/1900	0/01/1900

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	MARZO	$ 658.650		NUEVO	
2	ABRIL	$ 1.796.320	$ 214.600	76249211	12/04/2024
3	MAYO	$ 1.796.320	$ 402.200	77122722	15/05/2024
4	JUNIO	$ 1.796.320	$ 402.200	77122712	14/06/2024
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	$ 6.107.488	$ 6.047.610	$ 59.878

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: 1/06/2024 Hasta: 30/06/2024

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las relacionadas en la minuta)	DESCRIPCIÓN 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 entregando por el orientador.	SE VERIFICA QUE INGRESOS QUE ENVIAAN AL CORREO DE REVISION CONCUERDEN CON TODA LA INFORMACION	LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO SE EVIDENCIAN EN LA DRIVE DE FACTURACIÓN *ASIGNACIÓN REVISIÓN EN LINEA*, Y/O EN EL EQUIPO DE COMPUTO 192,168,20,163 UBICADO EN EL HOSPITAL SANTA CLARA - CENTRAL DE FACTURACION SE ANEXA 1 FOLIO CON EL RESUMEN DE LAS MISMAS
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.	SE REALIZA SEGUIMOENTO A LOS DOCUMENOTOS SOLICITADOS POR LOS ANALISTAS	
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.	SE VERIFICA QUE EN EL SISTEMA TENGAN LOS DOCUMENTOS CORRECTOS PARA QUE EL ANALISTA LOS CORROBORE Y PUEDA GENERAR SU FACTURA	
4	Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	
5	Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.	SE REALIZA SEGUIMIENTO A LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS POR LOS ANALISTAS PARA DARLES RESPUESTA A LOS INGRESOS PENDIENTES POR FACTURAR	
6	Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica.	SE VERIFICA MEDIANTE EL CORREO DE REVISION QUE LOS INGRESOS QUE	
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.	SE RECTIFICA QUE LAS FACTURAS GENERADAS POR LOS ANALISTAS QUEDEN ACTUALIZADAS EN EL DRIVE DE ASIGNACION	
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.	SE REALLIZA SEGUIMIENTO A SOLICITUD A LOS DOCUMENTOS DE PAGO PARA QUE EL ANALISTA GENERE FACTUURA	
9	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	
10	Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.	ACTIVIDAD NO PROGRAMADA	
11	Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área.	SE REALIZA VERIFICACION DE OBJESIONES PARA IDENTIFICAR FACTURAS GENERADAS Y DEJAR DRIVE DE ASIGNACION AL DIA	
12	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.	SE REALIZA FILTRO DE VERIFICACION DE ESTADO DE LAS CUENTAS PARA DAR PRIORIDAD AL INGRESO QUE SE NECESITE	
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.	SE REALIZA EL APOYO PERTINENTE PARA LOS CASOS DE CONTINGENCIA	
14	Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización.	SE HACE LA DISTRIBUCIÓN Y VERIFICACIÓN DE LOS CORREOS QUE SE RECIBEN DURANTE EL TURNO.	
15	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	SE ASISTIÓ A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES	
16	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	SE REALIZAN TODAS LAS ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES PARA EL CARGO	

Otras acciones:

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. 1.025.142.282 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

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

Cuenta de cobro No 4 PS 3876 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA

C.C 1.025.142.282 de la ciudad de BOGOTÁ

LA SUMA DE:

UN MILLÓN SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS MCTE **$1.796.320**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No **PS 3876 2024** correspondiente al mes de JUNIO 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,

DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA
C.C 1025142282
Teléfono 3052896814
Direccion RA 122 ES ESTE 11 25 SUR
No Cuenta 488444218280
Fecha: 30/06/2024

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	1025142282	DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA		Cra 12 este 11 25 sur	2896814	dannavalerufo@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
NÚMERO					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-05	2024-05	I	14/06/2024	77122712	$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					
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	830113831-0	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
230301	Porvenir	800224808-8	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 Bolívar 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	
CC	1025142282	DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA		Cra 12 este 11 25 sur	2896814	dannavalerufo@gmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**		
ÚNICA	1 – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA

N° 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	
2024-05	2024-05	I	14/06/2024	77122712	$402.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en exterior	Aportante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
1	CC	1025142282	RUIZ FORIGUA DANNA VALERIA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS001	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

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 IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1025142282	RUIZ	FORIGUA	DANNA	VALERIA	2024-02	EPS ALIANSALUD	BENEFICIARIO
CC	1025142282	RUIZ	FORIGUA	DANNA	VALERIA	2024-04	EPS ALIANSALUD	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	OBSERVACIÓN *
EPS ALIANSALUD	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	03/2024	16	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	02/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	01/2024	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	12/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización
EPS ALIANSALUD	11/2023	30	BENEFICIARIO	Pago con cotización

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

EVIDENCIAS DANNA VALERIA RUIZ FORIGUA

BACHILLER 1 – HOSPITAL SANTA CLARA

DISTRIBUCION DE CUENTAS

