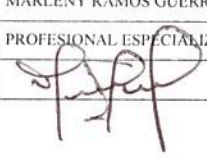


 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.</p>	<p>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO</p>	<p>CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-07-07</p>																																																																						
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO																																																																								
<p>No. CONTRATO - OPS:</p> <p>Nombre del Contratista:</p> <p>Fecha Inicio:</p>	<p>PS 1089 2020</p> <p>C.D.P. No.: 7</p> <p>ESTEFANNY DIAZ COLORADO</p> <p>16 DE ENERO DE 2020</p>	<p>Proceso al que pertenece: FINANCIERA - FACTURACION</p> <p>Unidad a la que pertenece: UMHES SANTA CLARA</p> <p>C.C. 1.026.592.310 de: BOGOTÁ</p> <p>Valor Mensual: \$ 1.722.000 Valor a cobrar: \$ 1.722.000</p>																																																																						
<p>Fecha Terminación inicial: 15 DE JULIO DE 2020</p>																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>ADICIÓN/ OTRO SI</th> <th>VALOR ADICIÓN</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>\$ 0</td><td>0</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>\$ 0</td><td>0</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	\$ 0	0			2	\$ 0	0			3					4					5					6					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>N° CTA</th> <th>MES DE CUENTA DE COBRO</th> <th>VALOR A PAGAR</th> <th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>ENERO</td><td>\$ 861.000</td><td>\$ 300.500</td><td>8339485460</td></tr> <tr><td>2</td><td>FEBRERO</td><td>\$ 1.722.000</td><td>\$ 317.700</td><td>8340141736</td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	1	ENERO	\$ 861.000	\$ 300.500	8339485460	2	FEBRERO	\$ 1.722.000	\$ 317.700	8340141736	3					4					5					6				
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																																				
1	\$ 0	0																																																																						
2	\$ 0	0																																																																						
3																																																																								
4																																																																								
5																																																																								
6																																																																								
N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA																																																																				
1	ENERO	\$ 861.000	\$ 300.500	8339485460																																																																				
2	FEBRERO	\$ 1.722.000	\$ 317.700	8340141736																																																																				
3																																																																								
4																																																																								
5																																																																								
6																																																																								
<p>Resumen de contrato</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">VALOR INICIAL DEL CONTRATO</td> <td style="width: 25%;">VALOR TOTAL DEL CONTRATO</td> <td style="width: 25%;">PAGOS REALIZADOS</td> <td style="width: 25%;">SALDO DEL CONTRATO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">\$ 10.332.000</td> <td style="text-align: center;">\$ 10.332.000</td> <td style="text-align: center;">\$ 2.583.000</td> <td style="text-align: center;">\$ 7.749.000</td> </tr> </table>		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	\$ 10.332.000	\$ 10.332.000	\$ 2.583.000	\$ 7.749.000																																																														
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																					
\$ 10.332.000	\$ 10.332.000	\$ 2.583.000	\$ 7.749.000																																																																					
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																								
OBJETO DEL CONTRATO																																																																								
<p>PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER ADMINISTRATIVO IIA, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (FACTURACION) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.</p>																																																																								
<p>Relación de actividades para el periodo: Desde: 2020-02-01 Hasta: 2020-02-29</p>																																																																								
<p>OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)</p>	<p>DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN</p>																																																																							
<p>1. Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio. 2. Verificar contra historia clínica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura. 3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermería. 4. Registrar la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc) 5. Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad. 6. Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES). 7. Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras. 8. Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial. 9. Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario. 10. Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 11. Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. 12. Diligenciar la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. 13. Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago. 14. Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 15. Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos.</p>	<p>El contratista cumple con todas las actividades del periodo generandolas facturas en el sistema de información DGH. Verificó contra historia clínica que se encontraran cobrados el 100% de los procedimientos realizados, en caso de faltantes realizó el correspondiente cargue. Revisó los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia. Verificó el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios. Diligenció acuerdos de pago en los casos que se requirió. Recaudó los dineros correspondientes al copago o cuota de recuperación de los usuarios. Realizó cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. Entregó las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. Realizó las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. Hizo entrega del turno contra libro al funcionario que recibía reportando el 100% de las novedades que se presentaron. Brindó el apoyo necesario y realizó planes de contingencia en el momento en que no se contó con el sistema de información DGH NET Y bases de datos. Asistió a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. Realizó las demás actividades que asignó el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación. Por lo tanto se certifica el 100% de actividades cumplidas sin presentar novedad.</p>																																																																							
<p>Observaciones:</p>																																																																								
<p><i>Estefanny Diaz</i> Firma del Contratista</p>																																																																								
<p>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</p>																																																																								
<p>C.C. 1.026.592.310 de BOGOTÁ</p>																																																																								

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

Señor(es): ESTEFANNY DIAZ COLORADO
Nit: CC 1026592310
Dirección: CRR 3 ESTE # 39A 24 SUR
Teléfono: 4724677 Fax: 4724677
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	ESTEFANNY DIAZ COLORA
Tipo y número de identificación	1026592310
Número de radicación planilla	8340910977
Fecha de pago	2/27/2020
Número de autorización de pago	1000000053
Banco	1001
Valor Comisión	\$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Enero 2020
Periodo cotización pensión	Enero 2020
Periodo cotización caja	Enero 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	\$46.000
Total Interés mora	\$800

[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES										DATOS DEL AFILIADO										NOVEDADES										VALOR IBC					LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NÚMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD APP	COD CAJA	INO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IOE	LMA	VAC	APP	VCT	RFP	NUEVA EPS	NUEVA APP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBGRUPO COSEGUROS	ESTADUO EN	COLABORACION EN	COTIZ PENSION	COTIZ SALUD	APORTE VOLUNT PENSION	UPC ADICIONAL				
1	CC	1026592310	DAZ COLORADO ESTEFANY	EPS008	230301										X										1,023,986	1,023,986	0	1,023,986	0			163,900	0	126,000	0				