3224

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

## I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | |
|---|---|---|---|
| No. CONTRATO - OPS: | PS 3224 2024 | C.D.P. No.: | 2661 |
| Proceso que pertenece: | DIRECCION FINANCIERA | | |
| Servicio al que pertenece: | FACTURACION | | |
| Unidad a la que pertenece: | CENTRO DE SALUD OLAYA | | |

Nombre del Contratista: SENOBIA JOHANA GALLEGO CHAPARRO — C.C. 1.022.932.710 de: BOGOTA D.C

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2024 — Fecha Terminación inicial: 31 DE MARZO DE 2024 — Valor Mensual: $ 1.975.952 — Valor a cobrar: $ 1.975.952

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.975.952 | 957 | 2024-04-01 | 2024-04-30 |
| 2 | $ 1.975.952 | 1372 | 2024-05-01 | 2024-05-31 |
| 3 | $ 1.975.952 | 1722 | 2024-06-01 | 2024-06-30 |
| 4 | $ 1.975.952 | 2229 | 2024-07-01 | 2024-07-31 |
| 5 | $ 1.975.952 | 2661 | 2024-08-01 | 2024-08-31 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO PLANILLA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | FEBRERO | $ 1.975.952 | $ 407.400 | 74138610 | 19/02/2024 |
| 2 | MARZO | $ 1.975.952 | $ 403.400 | 74702057 | 8/03/2024 |
| 3 | ABRIL | $ 1.975.952 | $ 405.200 | 75415832 | 11/04/2024 |
| 4 | MAYO | $ 1.975.952 | $ 402.200 | 76256672 | 10/05/2024 |
| 5 | JUNIO | $ 1.975.952 | $ 404.500 | 77284496 | 13/06/2024 |
| 6 | JULIO | $ 1.975.952 | $ 404.400 | 77805340 | 11/07/2024 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.975.952 | $ 404.400 | 78640993 | 12/08/2024 |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.951.904 | $ 13.831.664 | $ 13.831.664 | $ 0 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2024-08-01 Hasta: 2024-08-31

| | OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN | PRODUTO O EVIDENCIA |
|---|---|---|---|
| 1 | Admitir en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización (en unidades donde no hay admisionista). | se admisionó en el sitema de informacion los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias (en unidades donde no hay admisionista). | LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO SE EVIDENCIAN EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH USUARIO 1022932710 Y/O EN EL EQUIPO DE COMPUTO 192.168.106.117 UBICADO EN EL CENTRO DE ATENCION OLAYA Y/O EN EL CORREO ELECTRONICO 5OLFACTURACIONSCO4@GMAIL.COM |
| 2 | Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista). | se Verificó derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista). | |
| 3 | Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. | se actualizó datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. | |
| 4 | Reportar por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias. | se reportó por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias. | |
| 5 | Revisar la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente. | se revisó la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente. | |
| 6 | Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias. | se recepcionó, registra y confirmo las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias. | |
| 7 | Revisar el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y revisar que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios. | se revisó el estado de cuenta del paciente contra historia clínica, y reviso que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobro dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios. | |
| 8 | Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES). | se verificó y adjuntaron soportes de tecnologias no incluidas en el pbs al ente respectivo MIPRES | |
| 9 | Verificar y adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | Se verificaron soportes entregados por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | |
| 10 | Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial. | se brindó egreso oportuno a los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial. | |
| 11 | Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos. | se generó Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos. | |
| 12 | Verificar y adjuntar los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, récord anestesia, aplicación de medicamentos etc). | se verificó y adjuntó los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre, monitorias, hojas de gasto, récord anestesia, aplicación de medicamentos etc). | |
| 13 | Elaborar factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente | se elaboraron facturas de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente | |
| 14 | Legalizar el dinero recibido por concépto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. | se realizo legalizacion del dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesorería. | |
| 15 | Diligenciar la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario. | se diligencio solicitud de credito, el formato de pagaré y se verfico el registro de la informacion con el usuario | |
| 16 | Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. | Se recibió e ingresó los abonos realizados por los usuarios y pacientes en concepto de pagarés | |
| 17 | Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. | Se realizó cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. | |
| 18 | Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área. | se entregaron las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.(via correo electronico) | |
| 19 | Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. | se corrigieron dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. | |
| 20 | 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 brindó el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuento con el sistema de información y/o bases de datos afines | |
| 21 | Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria. | se recepcionó y realizó seguimiento de prefacturas enviadas al proceso de liquidación de los servisio de hospitalizacion y cirugia ambulatoria | |
| 22 | Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. | se realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asisti a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. | |
| 23 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. | Realicé las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. | |

**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.

Johana Gallego
Firma del Contratista

C.C. 1.022.932.710 de BOGOTA D.C

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO |
| CARGO: | DIRECTOR FINANCIERO |
| FIRMA | |

**Cuenta de cobro No 7 PS 3224 2024**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

SENOBIA JOHANA GALLEGO CHAPARRO

C.C 1.022.932.710 de la ciudad de BOGOTA

**LA SUMA DE:**

**UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE** **$ 1.975.952**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3224 2024 correspondiente al mes de AGOSTO 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,**

Johana Gallego

SENOBIA JOHANA GALLEGO CHAPARRO
C.C 1022932710
Teléfono 3165528410
Direccion CARRERA 5 # 113 A - 16 SUR
No Cuenta 488442364011
Fecha: 31/08/2024

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1022932710 | SENOBIA JOHANA GALLEGO CHAPARRO | | carrera 5c #113a-16 sur | 0000000 | johana26_gallego@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | 1 – 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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 12/08/2024 | 78640993 | $404,400 | |

## 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 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 7 | 900 | 0 | 163.400 | 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 | 7 | 1.100 | 0 | 209.100 | 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 | 31.700 | | | | 31.700 | 7 | 200 | 31.900 | | | 317 | 31.900 | 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 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 7 | 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 | 163.400 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.900 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 404.400 |

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

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1022932710 | SENOBIA JOHANA GALLEGO CHAPARRO | | carrera 5c #113a-16 sur | 0000000 | johana26_gallego@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 12/08/2024 | 78640993 | $404,400 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | 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 | 1022932710 | GALLEGO CHAPARRO SENOBIA JOHANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1,300,000 | 208,000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1,300,000 | 162,500 | 14-11 | 1,300,000 | 3 | 31,700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO perpante de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

### Ejecución del Contrato

◯ Porcentaje ◯ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ◯ SÍ ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | RP PS 3224 2024.pdf | RP PS 3224 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3224 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf | PS 3224 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf | PS 3224 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >