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 CONTRATACION
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 3230 2024	C.D.P. No.:	136
Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA		
Servicio al que pertenece:	FACTURACION		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL MATERNO INFANTIL		

Nombre del Contratista: YINA PAOLA VERDUGO CAMPOS C.C. 53.045.271 de: BOGOTÁ 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
6	$ 1.975.952	3107	2024-09-01	2024-09-30

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	$ 403.400	74390032	19/02/2024
2	MARZO	$ 1.975.952	$ 402.200	75432346	8/03/2024
3	ABRIL	$ 1.975.952	$ 402.200	76278988	11/04/2024
4	MAYO	$ 1.975.952	$ 428.200	77052145	14/05/2024
5	JUNIO	$ 1.975.952	$ 428.200	77878770	13/06/2024
6	JULIO	$ 1.975.952	$ 432.200	78992554	29/07/2024
7	AGOSTO	$ 1.975.952	$ 428.200	78639319	11/07/2024
8	SEPTIEMBRE	$ 1.975.952	$ 428.200	80114054	9/09/2024
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 3.951.904	$ 15.807.616	$ 15.807.616	$ 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: 2024-09-01 Hasta: 2024-09-30

	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).	realice verificacion he ingreso de pacientes en la unidad materno infantil en el turno de la noche ya que en la unidad no tenemos admisionista de noche	LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO SE EVIDENCIAN EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH USUARIO 53045271 EN EL EQUIPO DE COMPUTO 192.168.36.149 UBICADO EN EL CENTRO DE ATENCION HOSPITAL MATERNO INFANTIL VENTANILLA DE URGENCIAS Y EN EL CORREO ELECTRONICO 2IMIFACTURACIONHOSSCO4@GMAIL.COM
2	Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista).	durante el desarrollo de los turnos en urgencias verifique y realice validacion de derechos de los pacientes a los cuales se les presto la atencion	
3	Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.	en el momento que realice la admision de los apcientes en al unidad materno infantil se actualizo la ficha en DGH	
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.	esta actividad la realice en el momento que a la ventanilla de urgencias llegaron pacientes irregulares o retiradas la cuales necesitaron de un estudio social de caso	
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.	realice el seguimiento de los casos que reporte a trabajo social y de esa forma poder definir linea de pago	
6	Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.	durante el desarrollo de mis funcianes en la venta nilla de urgencias verifique y confirme las ordenes de cada uno de los pacientes que tenian salida	
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.	cada turno para realizar la confirmacion de las ordenes realice la lectura de cada historia clinica para tner la certeza de lo que se iba a confirmar	
8	Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES).	NO PROGRAMADA	
9	Verificar y adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.	en el momento de realizzar la validacion del paciente para darle la salida tuve en cuenta los soportes y autorizaciones que el area de autorizaciones adjunto	
10	Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.	realice en el momento de la salida el egreos de los pacientes para que no generara cobros posteriores	
11	Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos.	en el momento que el area asistencial me entrego las salidas por mi parte realice el llamado del apciente para que me pudiera firmar la salida y asi poder subirla a 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,	en cada turno en el moento de trabajar la cuenta en los casos que es pertinente escaneo y adjunto los soportes requeridos	
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	realice la facturacion de cada una de las cuentas que envie a revision asi como el seguimiento y legalizacion de lso recibos de caja	
14	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.	al realizar cada turno legalice la entrega del dinero correspondiente a los copagos de cada turno firmando la carpeta y dejando los soportes	
15	Diligenciar la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	se realiza tramite y legalizacion de pagares frente a tesoreria	
16	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.	se realiza recaudo de abono a pagares en el momento de la realizacion	
17	Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.	en el desarrollo de mis funciones me realizaron arqueo y no encontraron ninguna novedad	
18	Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.	en el momento de la genercdacin de la factura informe que la factura quedo lista para enviar	
19	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.	realice dentro de mi turno la la correccion de las objeciones asi logre entregar los turnos en limpio	
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	brinde apoyo desde la ventaniolla para menejar la contingencia de forma manual	
21	Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria.	en el desarrollo cotidianop de mis funciones la primera funcion que realice fue verificar los ingresos abiertos para la correccion y cierre de la factura	
22	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	en el periodo que soporto asisti a todas las capacitaciones tnto presenciales como virtuales	
23	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	en el momento de ser requerida por la jefe he tenido la disponibilidad para cumplir lo requerido	

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. 53.045.271 de BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro No 08 PS3230 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

YINA PAOLA VERDUGO CAMPOS

C.C 53.045.271 de la ciudad de BOGOTA

LA SUMA DE:

MILLON 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 3230 2024 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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,

YINA PAOLA VERDUGO CAMPOS
C.C 53045271
Teléfono 3005964151
Direccion CALLE 22 A SUR # 7 39
No Cuenta 488436431537
Fecha: 30/09/2024

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	53045271	YINA PAOLA VERDUGO CAMPOS	calle 22a sur 7 39	0000000	yinaverdugo84@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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80114054	$428.200	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	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
231001	Colfondos	800227940-6	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	53045271	YINA PAOLA VERDUGO CAMPOS		calle 22a sur 7 39	0000000	yinaverdugo84@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-08	2024-08	I	09/09/2024	80114054	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto.	Subtipo	Extranjero	Cotiza. interior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	LMA	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
1	CC	53045271	VERDUGO CAMPOS YINA PAOLA	57	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS037	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	28.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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