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 3241 2024

C.D.P. No.: 136

Proceso que pertenece: DIRECCION FINANCIERA

Servicio al que pertenece: FACTURACION

Unidad a la que pertenece: HOSPITAL SANTA CLARA

Nombre del Contratista: EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO

C.C. 53.130.436 de: BOGOTÁ .D.C

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2024

Fecha Terminación inicial: 31 DE MARZO DE 2024

Valor Mensual: $ 2.222.946

Valor a cobrar: $ 2.222.946

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.222.946	957	2024-04-01	2024-04-30
2	$ 2.222.946	1372	2024-05-01	2024-05-31
3	$ 2.222.946	1722	2024-06-01	2024-06-30
4	$ 2.222.946	2229	2024-07-01	2024-07-31

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.222.946	$ 405.900	9462001854	19/02/2024
2	MARZO	$ 2.222.946	$ 402.200	9463379950	8/03/2024
3	ABRIL	$ 2.222.946	$ 403.400	9464787801	12/04/2024
4	MAYO	$ 2.222.946	$ 31.700	9466108584	9/05/2024
5	JUNIO	$ 2.222.946	$ 402.700	9467646005	14/06/2024
6	JULIO	$ 2.222.946	$ 403.000	9469029092	12/07/2024
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.445.892	$ 13.337.676	$ 13.337.676	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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: 2024-07-01 Hasta: 2024-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio de los pacientes hospitalizados.	Se verifico y se confirmo ordenes de paciente hospitalizado	Las actividades desarrolladas durante el periodo se evidencian en el sistema de información DGH usuario 53130436 y o en el equipo computo ip 192,168,20,23 ubicado en el centro de atención santa clara y o en el correo electrónico centraliquidacion2@gmail.com
2	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 verifico contra historia clinica y se registro servicio y procedimiento	
3	Registrar la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.)	No programada	
4	Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES)	No programada	
5	Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las entidades responsables de pago.	No programada	
6	Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.	Se realizo egreso de los paciente según norma.	
7	Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos.	Se genero ordenes de salidas	
8	Elaborar factura electrónica de venta o registro de servicios de Hospitalización y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.	Se genero factura electronica	
9	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	Se realizo recibo de caja en DGH.	
10	Diligenciar la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Se realizaron las solicitud de credito en DGH	
11	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagaré.	No programada	
12	Realizar el cierre de ingresos asignados a diario cumpliendo con los criterios según la matriz de contratación y garantizando los estándares mínimos de calidad del dato.	Se cerraron ingreso abiertos asignados a diario	
13	Entregar las facturas o registros de servicio, generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.	Se generon facturas	
14	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas	Se corrigio prefactura en los tiempos estipuladas	
15	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 aplico plan de contigencia cuando no hay sistemas.	
16	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS.	Se actualizo según normatividad	
17	Realizar seguimiento y socialización de reporte diario de ingresos sin facturar.	Se realizo seguimineto de ingreso asignados	
18	Distribuir las agendas para facturar previo a la citas médicas y seguimiento al proceso ambulatorio.	No programada	
19	Seguimiento a entrega oportuna de facturas físicas emitidas en las unidades prestadoras de servicios.	No programada	
20	Seguimiento a inconsistencias y/o objeciones generadas por las diferentes causales posteriores a su revisión.	Se realizo seguimiento de insonsistencias	
21	Brindar el apoyo necesario para la digitalización, renombramiento de soportes, organización, armado de facturas garantizando su oportuna radicación digital a las diferentes entidades responsables de pago.	No programada	
22	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Se realizo actividades indicadas por el supervisor	

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.

Edy Lamar Gonzalez
Firma del Contratista

C.C. 53.130.436 de BOGOTÁ .D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro No 06 PS 3241 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO

C.C 53.130.436 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

DOS MILLONES DOCIENTOS VEINTI DOS MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE **$ 2.222.946**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3241 2024 correspondiente al mes de JULIO de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO 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

Cordialmente,

edylama Gonzalez

EDY LAMAR GONZALEZ CASTRO
C.C 53130436
Teléfono 3057330075
Direccion TV 14 Q Bis N°69 A 71 SUR
No Cuenta 474600080151 AHORRO DAVIVIENDA
Fecha: 31/07/2024

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130436		GONZALEZ CASTRO EDY LAMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 14 q bis 69 a 71 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2007327	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771240688	9469029092	I	2024/07/10	2024/07/12	BANCO DAVIVIENDA	2	$403,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0
1	CC	53130436	GONZALEZ EDY	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$0	$0

2024/07/12 08:19 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53130436		GONZALEZ CASTRO EDY LAMAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Tv 14 q bis 69 a 71 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2007327	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	771240688	9469029092	I	2024/07/10	2024/07/12	BANCO DAVIVIENDA	2	$403,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$400	$0	$208,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$400	$0	$208,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$300	$0	$162,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$300	$0	$162,800
TOTAL				1	$402,200	$800	$0	$403,000

2024/07/12 08:19 AM

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

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		
	FEBRERO 3521-2024 (Archivado)	FEBRERO 3521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO-3521-2024.pdf	FEBRERO-3521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO-3521-2024.pdf	MARZO-3521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL-3521-2024.pdf	ABRIL-3521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO-3521-2024.pdf	MAYO-3521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO-3521-2024.pdf	JUNIO-3521-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

9