3246

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 3246 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:	LUDY ESPERANZA TRIANA	C.C.	52.739.661 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
5	$ 2.222.946	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	$ 2.222.946	$ 430.700	74377735	20/02/2024
2	MARZO	$ 2.222.946	$ 428.200	75155558	11/03/2024
3	ABRIL	$ 2.222.946	$ 428.000	75912215	10/04/2024
4	MAYO	$ 2.222.946	$ 428.200	76733383	16/05/2024
5	JUNIO	$ 2.222.946	$ 428.200	77547346	18/06/2024
6	JULIO	$ 2.222.946	$ 428.200	78307295	15/07/2024
7	AGOSTO	$ 2.222.946	$ 428.200	79121043	12/08/2024
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 4.445.892	$ 15.560.622	$ 15.560.622	$ 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: 2024-08-01 Hasta: 2024-08-31

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 CONFIRMARON ORDENES DE SERVICIO	Las actividades desarrolladas durante el periodo se evidencian en el sistema de información DGH usuario 52.739.661 y o en el equipo computo ip 192,168,20,137 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 REVISO HISTORIAS CLINICAS CONTRA PREFACTURA VERIFICANDO SERVICIOS Y PROCEDIMIENTOS PRESTADOS	
3	Registrar la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.)	SE REALIZO REGISTRO DE DATOS	
4	Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES)	SE VERIFICO MIPRES	
5	Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según normatividad vigente para las entidades responsables de pago.	SE VERIFICO AUTORIZACIONES ADJUNTA A REQUERIMIENTO	
6	Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.	SE REALIZO EGRESO EN LOS TIEMPOS ESTIPULADOS	
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 SALIDA	
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 GENERARON LAS FACTURAS ELECTRONICA DE LAS CUENTAS ASIGNADA	
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 RECIBOS DE CAJAS EN DGH	
10	Diligenciar la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	SE LEGALIZO SOLICITUD DE CREDITOS 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 REALIZO EL CIERRE DE LAS CUENTAS ASIGNADAS	
13	Entregar las facturas o registros de servicio, generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Área.	SE ENTREGO FACTURAS AL ARMADO	
14	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas	SE REALIZO CORRECIONES DE LAS CUENTA ASIGNADAS	
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 CONTINGENCIA EN LOS DIAS DE FALLA DEL SISTEMA	
16	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS.	SE REALIZO LA ACTUALIZACION DE LA NORMATIVIDADA	
17	Realizar seguimiento y socialización de reporte diario de ingresos sin facturar.	SE REALIZO SEGUIMIENTOS A LOS INGRESO ABIERTOS	
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 RFEALIZO SEGUIMIENTO A LOS IN GRESOS ASIGNADOS Y SE REALIZO LAS CORRECION ASIGNADA POR EL	
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.	SE GARANTIZO SOPORTE PARA SU RESPECTIVA RADICACION	
22	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	SE REALIZO LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL REVISOR	

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.

Ludy Triana
Firma del Contratista

C.C. 52.739.661 de BOGOTÁ D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO	
NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro No 07 PS 3246 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

LUDY ESPERANZA TRIANA

C.C 52.739.661 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 3246 2024 correspondiente al mes de AGOSTO 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,

Ludy Triana

LUDY ESPERANZA TRIANA
C.C 52739661
Teléfono 3103264715
Direccion CR 138-29 SUR
No Cuenta 102548807 AHORROS BOGOTA
Fecha: 31/08/2024

4

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	52739661	LUDY ESPERANZA TRIANA	carrera 10 bis No2-63	2892687	ludytriana@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79121043	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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										
14-7	Seguros Bolivar 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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52739661	LUDY ESPERANZA TRIANA		carrera 10 bis No2-63	2892687	ludytriana@gmail.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	12/08/2024	79121043	$428.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Municipio	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AFP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	52739661	TRIANA LUDY ESPERANZA	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-7	1.300.000	3	31.700	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte 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

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		
☐	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3246 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	PS 3246 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3146 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	PS 3146 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RP PS 3246 2024.pdf	RP PS 3246 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	PS 3246 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >