3261

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 3261 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: CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT C.C. 1.036.684.929 de: ITAGUI

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2024 Fecha Terminación Inicial: 31 DE MARZO DE 2024 Valor Mensual: $ 2.672.026 Valor a cobrar: $ 2.672.026

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 2.672.026	957	2024-04-01	2024-04-30
2	$ 2.672.026	1372	2024-05-01	2024-05-31
3	$ 2.672.026	1722	2024-06-01	2024-06-30
4	$ 2.672.026	2229	2024-07-01	2024-07-31
5	$ 2.672.026	2661	2024-08-01	2024-08-31
6	$ 2.672.026	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	$ 2.672.026	$ 428.200	1060430076	12/02/2024
2	MARZO	$ 2.672.026	$ 428.200	1061361319	08/03/2024
3	ABRIL	$ 2.672.026	$ 428.200	1062090722	09/04/2024
4	MAYO	$ 2.672.026	$ 428.200	1062872641	15/05/2024
5	JUNIO	$ 2.672.026	$ 428.200	1063730135	14/06/2024
6	JULIO	$ 2.672.026	$ 428.200	1064442739	10/07/2024
7	AGOSTO	$ 2.672.026	$ 428.200	1065039199	11/08/2024
8	SEPTIEMBRE	$ 2.672.026	$ 428.200	1065813923	10/09/2024
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 5.344.052	$ 21.376.208	$ 21.376.208	$ 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: 2024-09-01 Hasta: 2024-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador.	Se recepciono cada ingreso con su prefactura correspondiente.	Las actividades desarrolladas durante el periodo comprendido del mes de SEPTIEMBRE, se pueden evidenciar en el Drive de asignacion de ingresos Central de Liquidacion y/o en el equipo de computo ubicado SCL-CFA-007 en la oficina de coordinacion de facturacion Hospital Santa Clara
2	Verificar contra historia clinica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.	Se revizó a diario las prefacturas asignadas	
3	Realizar liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)	Se verificó contra historia clinica que se econtraran liquidados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario durante la atencion.	
4	Verificar que las facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)	Se verifió que las prefacturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratacion vigente con las EAPB.	
5	Realizar y consolidar las causales de devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna.	Se realizaron las devoluciones de las prefacturas, para correccion de forma oportuna.	
6	Generar las relaciones de envío y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las FEV a radicar a las entidades responsables de pago.	Se verifico cada factura generada correctamente, con los registros de servicios cargados, para asi poder enviar relacion de RIPS y continuar con radicacion correspondiente.	
7	Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.	Se indicó el aval una vez liquidada cada prefactura, asi obteniendo generacion de facturas oportunamente.	
8	Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas.	Se realizaron devoluciones pertinentes en cuanto a soportes de cada cuenta , para asi realizar el peroceso de armado y radicacion de las mismas.	
9	Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.	Se indicó el aval para cerrar y entregar cada factura generada.	
10	Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las entidades responsables de pago, para radicación de facturas.	Se brindó apoyo y devolucion relacionando e indicando cada soporte indispensable para el armado y radicacion de las facturas frente a las diferentes EAPB.	
11	Realizar acompañamiento a los facturadores que se encuentran en los centros de atención, garantizando los soportes necesarios para la radicación efectiva antes las diferentes entidades responsables de pago.	Brindó apoyo y soporte a los facturadores, sobre cualquier duda o inquietud sobre el proceso de liquidacion y completa de cada prefactura.	
12	Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a la normatividad vigente.	Se dió respuesta oportuna a las prefacturas subsanadas	
13	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.	Se brindoó apoyo necesario y se realizaron planes de contigencia en el momento en que no se cuente con el sistema de informacion DGH y bases de datos.	
14	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS	Se realizó actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS	
15	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	Se realizaron las demas 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.

Firma del Contratista

C.C. 1.036.684.929 de ITAGUI

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro No 8 PS3261 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT

C.C 1.036.684.929 de la ciudad de ITAGUI

LA SUMA DE:

DOS MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE **$ 2.672.026**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3261 2024 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE 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,

CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT
C.C 1036684929
Teléfono 3134322637
Direccion DG 32 C BIS SUR Nº 12I - 16
No Cuenta 570005070382824 AHORROS BANCOS DAVIVIENDA
Fecha: 30/09/2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-10, 11:02:28 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065813923 **Referencia pago(PIN)** 8823754430

Periodo Cotización 202408 **Periodo Servicio** 202408

Cliente:

PAGADA 2024-09-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CATHERIN PAMELA PEREZ BETANCOURT				
Documento	CC 1036684929	**Dirección**	DG 32C SUR #12 I - 16		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134322637		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1036684929		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					PEREZ BETANCOURT CATHERIN PAMELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1,300,000	230201		16 %	$ 1,300,000	$ 208,000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1,300,000	$ 162,500	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1,300,000	$ 31,700	CCF24	2 %	$ 1,300,000	$ 26,000	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 26.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 428.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!