3285

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 3285 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:	SONIA ESPITIA CASTELLANOS	C.C.	52.131.951	de:	BOGOTA D.C
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

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	$ 567.300	7911451861	19/01/2024
2	MARZO	$ 2.672.026	$ 567.300	7912581913	27/02/2024
3	ABRIL	$ 2.672.026	$ 567.300	7916885691	27/03/2024
4	MAYO	$ 2.672.026	$ 567.300	7920610425	16/04/2024
5	JUNIO	$ 2.672.026	$ 567.600	7923334968	20/05/2024
6	JULIO	$ 2.672.026	$ 567.600	7927307353	19/06/2024
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 5.344.052	$ 16.032.156	$ 16.032.156	$ 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)	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.	No Programada	LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO SE EVIDENCIAN EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH USUARIO 52131951 Y O EN EL EQUIPO COMPUTO IP 192,168,20,23 UBICADO EN EL CENTRO DE ATENCION SANTA CLARA Y O EN EL CORREO ELETRONICO FACTURACIONUHMESSANTACLARA@GMAIL.COM SE ANEXA 3 FOLIO CON EL RESUMEN DE LAS MISMAS
2	Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido.	De los ingresos asignados se verifica que se encuentren cargados los procedimientos y todo lo realizado al paciente	
3	Realizar liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP)	Veificacion de liquidaciones asignadas teniendo en cuenta , valores y contratcion actual	
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)	Verificar que tengan acuerdo de voluntades para realizar correo de no capacidad de pago si el paciente no tiene capacidad de pago	
5	Reálizar y consolidar las causales de devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna.	Se realiza seguimiento a los correos enviados para subsanar las objeciones	
6	Generar las relaciones de envio y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las FEV a radicar a las entidades responsables de pago.	No Programada	
7	Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas.	No Programada	
8	Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrian dificultar o la no radicación oportuna de las facturas.	Se informa de los ingresos que tiene dificultad para poder genear factura	
9	Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario.	No Programada	
10	Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las entidades responsables de pago, para radicación de facturas.	No Programada	
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.	Se brinda apoyo a central de liquidacion , en cuanto a dudas ,soportes .etc	
12	Dar respuestá a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a la normatividad vigente.	Se informa y se realiza seguimiento a las objeciones en forma permanente	
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 verifica que ventanillas cuente con los soportes de contingencia	
14	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS	Actualizacion según normatividad	
15	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	bloqueo y desbloquo de ingresos,asignacion de ingresos a la central,autorizacion de anticipo y demas que indique 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.

Sonia Espitia. C.
Firma del Contratista
C.C. 52.131.951 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro No 6 PS 3285 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

SONIA ESPITIA CASTELLANOS

C.C 52.131.951 de la ciudad de BOGOTA

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 3285 2024 correspondiente al mes de JUNIO 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,

Sonia Espitia C.

SONIA ESPITIA CASTELLANOS
C.C 52131951
Teléfono 3153247650
Direccion CLL 61 A 100 A 91 SUR CASA 4 MANZANA 8
No Cuenta 4870301746
Fecha: 30/06/2024

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52131951
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SONIA ESPITIA CASTELLANOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 61 A N 100 A 91 SUR	TELÉFONO:	7349677
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7927307353	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	Junio AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/06/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			715727291

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 293.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 293.400	$ 0	$ 293.400
SUBTOTALES:										$ 293.400	$ 0	$ 293.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 229.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 229.200	$ 0	$ 0	$ 229.200
SUBTOTALES:													$ 229.200	$ 0	$ 0	$ 229.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 44.700	$ 44.700	$ 0	$ 0	$ 44.700
SUBTOTALES:									$ 44.700	$ 0	$ 0	$ 44.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 52131951	ESPITIA CASTELLANOS SONIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.833.400				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.833.400	$ 293.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 293.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.833.400	$ 229.200	$ 0	$ 229.200	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.833.400	800209488	$ 44.700

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 567.300

Planilla pagada

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? SI 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 3285 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3285 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	PS 3285 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
	RP PS 3285 2024.pdf	RP PS 3285 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 3285 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >