3288

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 3288 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: ZULMA PATRICIA NIETO MORENO C.C. 52.283.112 de: BOGOTÁ 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 |
| 5 | $ 2.672.026 | 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 | $ 2.672.026 | $ 435.400 | 74135391 | 23/02/2024 |
| 2 | MARZO | $ 2.672.026 | $ 430.600 | 74898081 | 11/03/2024 |
| 3 | ABRIL | $ 2.672.026 | $ 431.600 | 75645119 | 12/04/2024 |
| 4 | MAYO | $ 2.672.026 | $ 431.500 | 75645119 | 15/05/2024 |
| 5 | JUNIO | $ 2.672.026 | $ 432.400 | 77292677 | 18/06/2024 |
| 6 | JULIO | $ 2.672.026 | $ 432.400 | 78054142 | 17/07/2024 |
| 7 | AGOSTO | $ 2.672.026 | $ 430.900 | 78744638 | 13/08/2024 |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 5.344.052 | $ 18.704.182 | $ 18.704.182 | $ 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 ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta) | DESCRIPCIÓN 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. | seleccioné los ingresos asignados para su respectiva revisión | Las actividades realizadas se pueden evidenciar eel equipo de computo ubicado en la oficina de facturación hospital Materno Infantil |
| 2 | Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido. | Realicé la verificación de los procedimientos, medicamentos, insumos y demas actividades registrados en la historia clinica contra lo cargado en el ingreso asignado | |
| 3 | Realizar liquidación y cargue de procedimientos quirúrgicos de acuerdo a la normatividad y acuerdo de voluntades con las entidades responsables de pago (ERP) | Verifiqué el cargue y liquidación de los procedimientos registrados en la historia clinica coinicdieran para su respectivo cobro a la ERP | |
| 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) | Revisé que las tarifas correspondan a lo contratado con las diferentes ERP | |
| 5 | Realizar y consolidar las causales de devoluciones de las facturas electrónicas de venta(FEV) o registros de servicio, para corrección de forma oportuna. | Reporté a cada facturador las novedades encontradas en el momento de la revisión de las prefacturas asignadas | |
| 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. | Verifiqúe los códigos de diagnostico segun CIE 10 para su posterior envío a RIPS por parte del área del armado | |
| 7 | Garantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas. | Desde la actividad que desarrollo verifiqué que los ingresos asignados fueran cerrados oportunamente para su porterior radicación | |
| 8 | Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. | Informé y/o socialicé al profesiona encargado las novedades presentadas durante el proceso de revisión | |
| 9 | Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario. | actividad 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. | Revisé que los soportes de la cuenta trabajada estuviesen cargados en los diferentes aplicativos y/o herramientas de ayuda del sistema de información DGH reportando las novedades evidenciadas | |
| 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. | Realicé el acompañamiento, soporte y retroalimentación a los facturadores con el fin de subsanar las novedades durante cada jornada | |
| 12 | Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a la normatividad vigente. | Desde la actividad que desarrollo recibí la retroalimentación de los motivos de devolución | |
| 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. | Apoye los diferentes procesos del área en los momentos de contingencia, lentitud y/o caidas del sistema y bases de datos | |
| 14 | Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS | Participé de las reuniones del área y recibí las socializaciones eviaadas por los grupos del área | |
| 15 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. | Ejecuté las demas actividades actividades asignadas apoyando los diferentes dentro del área | |

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. 52.283.112 de BOGOTÁ D.C

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

| | |
|---|---|
| NOMBRE: | SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO |
| CARGO: | DIRECTOR FINANCIERO |
| FIRMA | |

**Cuenta de cobro 7 - PS 3288 2024**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

ZULMA PATRICIA NIETO MORENO

C.C 52.283.112 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

**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 3288 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,**

Zulma Nieto

ZULMA PATRICIA NIETO MORENO
C.C 52283112
Teléfono 3103090603
Direccion CRA 70D #68-34 BLOQUE 3 APTO 14
No Cuenta 8480293128 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/03/2024

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 | 52283112 | ZULMA PATRICIA NIETO MORENO | | CALLE 62 D No. 70 B 43 Sur | 3103090603 | zpatricianieto@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 13/08/2024 | 78744638 | $430.900 | |

## 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 | 8 | 1.000 | 0 | 163.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 1.300 | 0 | 209.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 31.700 | | | | 31.700 | 8 | 200 | 31.900 | | | 317 | 31.900 | 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 | 8 | 200 | 26.200 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 8 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 8 | 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 | 163.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.900 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.200 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 428.200 | 430.900 |

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 | 52283112 | ZULMA PATRICIA NIETO MORENO | | CALLE 62 D No. 70 B 43 Sur | 3103090603 | zpatricianieto@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 | IPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 13/08/2024 | 78744638 | $430.900 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | IND | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | 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 |
| CC | 52283112 | NIETO MORENO ZULMA PATRICIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 23001 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.300.000 | 162.500 | 14-23 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | CCF24 | 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?** ◯ Si ◉ No

| Identificación 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 3288 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3288 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf | PS 3288 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | RP PS 3288 2024.pdf | RP PS 3288 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☑ | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf | PS 3288 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >