4045

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 4045 2024	**C.D.P. No.:**	1450
Proceso que pertenece:	DIRECCION FINANCIERA		
Servicio al que pertenece:	FACTURACION		
Unidad a la que pertenece:	HOSPITAL SANTA CLARA		

Nombre del Contratista: MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS **C.C.** 1.010.215.822 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 15 DE MAYO DE 2024 **Fecha Terminación Inicial:** 31 DE MAYO DE 2024 **Valor Mensual:** $ 1.975.952 **Valor a cobrar:** $ 1.975.952

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.514.897	1794	2024-06-01	2024-06-30
2	$ 1.975.952	2229	2024-07-01	2024-07-31
3	$ 1.975.952	2661	2024-08-01	2024-08-31
4	$ 1.975.952	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	MAYO	$ 658.651	$ 402.200	1063751535	16/05/2024
2	JUNIO	$ 1.975.952	$ 402.200	1064456666	15/06/2024
3	JULIO	$ 1.975.952	$ 402.200	1065226462	18/07/2024
4	AGOSTO	$ 1.975.952	$ 402.200	1065841566	12/08/2024
5	SEPTIEMBRE	$ 1.975.952	$ 402.200	1066498358	11/09/2024
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.119.706	$ 8.562.459	$ 8.562.459	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN 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	Admitir en el sistema de información los pacientes que ingresan por el servicio de urgencias y ventanillas de hospitalización (en unidades donde no hay admisionista).	realice verificacion he ingreso de pacientes en la unidad materno infantil en el turno de la noche ya que en la unidad no tenemos admisionista de noche	LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO SE EVIDENCIAN EN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH USUARIO 1010215822 EN EL EQUIPO DE COMPUTO 192.168.22.135 UBICADO EN EL CENTRO DE ATENCION HOSPITAL SANTA CLARA VENTANILLA DE URGENCIAS PEDIATRIA
2	Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario (en unidades donde no hay admisionista).	durante el desarrollo de los turnos en urgencias verifique y realice validacion de derechos de los pacientes a los cuales se les presto la atencion	
3	Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información.	en el momento que realice la admision de los apcientes en al unidad materno infantil se actualizo la ficha en DGH	
4	Reportar por correo electrónico al área de trabajo social, cuando se tenga dificultad de identificación del paciente que se encuentra en atención médica en el servicio de urgencias.	esta actividad la realice en el momento que a la ventanilla de urgencias llegaron pacientes irregulares o retiradas la cuales necesitaron de un estudio social de caso	
5	Revisar la respuesta y soportes emitidos por parte del área de trabajo social (participación social y atención al usuario) en cuanto a identificación o clasificación del paciente.	realice el seguimiento de los casos que reporte a trabajo social y de esa forma poder definir linea de pago	
6	Recepcionar, registrar y confirmar las órdenes de servicio de la consulta o la observación de urgencias.	durante el desarrollo de mis funciones en la venta nilla de urgencias verifique y confirmo las ordenes de cada uno de los pacientes que tenian salida	
7	Revisar el estado de cuenta del paciente contra historia clinica, y revisar que se encuentre todas las actividades y procedimientos realizados en estado registrado y confirmado en el sistema de información, garantizando cobró dentro de la factura electrónica de venta o registro de servicios.	cada turno para realizar la confirmacion de las ordenes realice la lectura de cada historia clinica para tner la certeza de lo que se iba a confirmar	
8	Verificar y adjuntar los soportes de tecnologías no incluidas en el Plan de Beneficios reportadas al ente respectivo (MIPRES).	NO PROGRAMADA	
9	Verificar y adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de trámite según acuerdo de voluntades y normatividad vigente.	en el momento de realizzar la validacion del paciente para darle la salida tuve en cuenta los soportes y autorizaciones que el area de autorizaciones adjunto	
10	Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.	realice en el momento de la salida el egreos de los pacientes para que no generara cobros posteriores	
11	Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar copia al usuario y posteriormente subir a carpeta de requerimientos.	en el momento que el area asistencial me entrego las salidas por mi parte realice el llamado del apciente para que me pudiera firmar la salida y asi poder subirla a requerimientos	
12	Verificar y adjuntar los soportes manuales generados en la prestación de servicios al sistema de información DGH (orden de salida, soportes como: electrocardiograma, banco de sangre,	en cada turno en el mocnto de trabajar la cuenta en los casos que es pertinente escaneo y adjunto los soportes requeridos	
13	Elaborar factura de los pacientes de Urgencias y Observación y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente, acuerdo de voluntades y normatividad vigente	realice la facturacion de cada una de las cuentas que envie a revision asi como el seguimiento y legalizacion de lso recibos de caja	
14	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.	al realizar cada turno legalice la entrega del dinero correspondiente a los copagos de cada turno firmando la carpeta y dejando los soportes	
15	Diligenciar la solicitud de crédito, el formato de pagaré y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	NO PROGRAMADA	
16	Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés.	NO PROGRAMADA	
17	Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería.	en el desarrollo de mis funciones me realizaron arqueo y no encontraron ninguna novedad	
18	Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del área.	en el momento de la generdacin de la factura informe que la factura quedo lista para enviar	
19	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas.	realice dentro de mi turno la la correccion de las objeciones asi logre entregar los turnos en limpio	
20	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	brinde apoyo desde la ventaniolla para menejar la contingencia de forma manual	
21	Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de liquidación de los servicios de hospitalización y cirugía ambulatoria.	en el desarrollo cotidianop de mis funciones la primera funcion que realice fue verificar los ingresos abiertos para la correccion y cierre de la factura	
22	Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	en el periodo que soporto asisti a todas las capacitaciones tnto presenciales como virtuales	
23	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato.	en el momento de ser requerida por la jefe he tenido la disponibilidad para cumplir lo requerido	

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.

Alejandra Solorzano
Firma del Contratista

C.C. 1.010.215.822 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro No 05 PS4045 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS

C.C 1.010.215.822 de la ciudad de BOGOTA

LA SUMA DE:

MILLON NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE **$ 1.975.952**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 4045 2024 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER, PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS
C.C 1010215822
Teléfono 3122193305
Direccion CALLE 65 SUR # 7D 70
No Cuenta 24099889588
Fecha: 30/09/2024

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-11, 08:22:57 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1066498358

Periodo Cotización 202408 **Periodo Servicio** 202408

PAGADA 2024-09-11 08:15:51.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA ALEJANDRA SOLORZANO OLMOS				
Documento	CC 1010215822	**Dirección**	CL 65 SUR #7 D - 70 TORRE 10 APTO 501		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3122193305		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010215822					**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	SOLORZANO OLMOS MARIA ALEJANDRA	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	0			$ 1.300.000	230301		16 %	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	14-23	3	2,436 %	$ 1.300.000	$ 31.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	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
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

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!