3258

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 3258 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: BARBARA VIQUE C.C. 39.630.036 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

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 2.672.026	$ 196.000	1108644314	19/02/2024
2	MARZO	$ 2.672.026	$ 194.200	1108884838	11/03/2024
3	ABRIL	$ 2.672.026	$ 194.500	1109049851	10/04/2024
4	MAYO	$ 2.672.026	$ 195.000	1109274741	10/05/2024
5	JUNIO	$ 2.672.026	$ 194.200	1109492240	13/06/2024
6	JULIO	$ 2.672.026	$ 195.200	1109698248	16/07/2024
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 PERÍODO 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 en los DRIVE de inconsistencias y armada de cuentas, y/o en el equipo de cmútoa ubicado en la coordinación de facturación
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 clínica 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 clínica 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 envio 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 envio 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 encuentrán 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. 39.630.036 de BOGOTA D.C

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

NOMBRE:	SANDRO JAVIER ARIAS TAMAYO
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA	

Cuenta de cobro 6 - PS 3258 2024

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

BARBARA VIQUE

C.C 39.630.036 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 3258 2024 correspondiente al mes de JULIO 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,

BARBARA VIQUE
C.C 39630036
Teléfono 3138233134
Direccion CARRERA 72 M BIS Nº 42B - 46 SUR
No Cuenta 8480228801 AHORROS BANCO DAVIVIENDA
Fecha: 31/07/2024

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco AV Villas

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	39630036
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BARBARA VIQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 72 M BIS 42 B 46	TELÉFONO:	7116592
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:	1109698248	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	6		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	09698248

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 800	$ 0	$ 162.500	$ 800	$ 0	$ 163.300
SUBTOTALES:													$ 162.500	$ 800	$ 0	$ 163.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 31.700	$ 31.700	$ 200	$ 0	$ 31.900
SUBTOTALES:									$ 31.700	$ 200	$ 0	$ 31.900

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 39630036	VIQUE BARBARA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 1.300.000				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			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	SALUD DÍAS COT	SALUD IBC	SALUD COTIZACIÓN	SALUD VALOR ADRES	SALUD TOTAL APORTE	ARP ADMIN	ARP DÍAS COT	ARP IBC	ARP CENTRO DE TRABAJO	ARP TOTAL APORTE
1	EPS008-COMPENSAR	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	39630036	$ 31.700

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	$ 195.200

Agencia Nacional de Contratación Pública Colombia Compra Eficiente

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 3258 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	PS 3258 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.PDF	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	RP PS 3258 2024.pdf	RP PS 3258 2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	PS 3258 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >