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 3141 2024 | C.D.P. No.: | 136 | Proceso que pertenece: | DIRECCION FINANCIERA |
| | | | | Servicio al que pertenece: | FACTURACION |
| | | | | Unidad a la que pertenece: | CENTRO DE SALUD CRUCES |

Nombre del Contratista: FLOR INÉS RODRÍGUEZ BELTRÁN C.C. 51.994.913 de: BOGOTÁ D.C

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2024 Fecha Terminación inicial: 31 DE MARZO DE 2024 Valor Mensual: $ 1.796.320 Valor a cobrar: $ 1.796.320

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 1.796.320 | 957 | 2024-04-01 | 2024-04-30 |
| 2 | $ 1.796.320 | 1372 | 2024-05-01 | 2024-05-31 |
| 3 | $ 1.796.320 | 1722 | 2024-06-01 | 2024-06-30 |
| 4 | $ 1.796.320 | 2229 | 2024-07-01 | 2024-07-31 |
| 5 | $ 1.796.320 | 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 | $ 1.796.320 | $ 402.700 | 74129851 | 6/02/2024 |
| 2 | MARZO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 74901763 | 4/03/2024 |
| 3 | ABRIL | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 75635069 | 2/04/2024 |
| 4 | MAYO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 76463877 | 6/05/2024 |
| 5 | JUNIO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 77279796 | 4/06/2024 |
| 6 | JULIO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 78035414 | 3/07/2024 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.796.320 | $ 402.700 | 78849447 | 6/08/2024 |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.592.640 | $ 12.574.240 | $ 12.574.240 | $ 0 |

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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 | Realizar llamado del paciente a ventanilla de acuerdo a organización y digiturno entregado por el orientador. | SE REALIZO LLAMADO DE PACIENTE A LA VENTANILLA | Las actividades desarrolladas durante el periodo de el mes de AGOSTO se evidencian en el sistema de información DGH usuario 51994913 y o en el equipo computo ip 192,168,20.23 ubicado en el centro de atención santa clara y o en el correo electrónico centraliquidacion2@gmail.com |
| 2 | Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | SE VERIFICO ORDENES MEDICAS CONTRAN AUTORIZACION | |
| 3 | Verificar derechos del paciente frente a las seguridad social o afiliación del usuario y adjuntar a carpeta requerimientos del sistema de información los soportes de verificación de derechos. | SE VERIFICO LINEA DE PAGO SEGÚN LAS BASES DE DATOS COMO ADRES, COMPROBADORES ETC | |
| 4 | Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | SE VALIDO SEGÚN GRUPO ETARIO Y GENERO ETC | |
| 5 | Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. | SE REALIZO ACTUALIZACION DE DATOS. | |
| 6 | Realizar la facturación de los pacientes que no requieran cancelar copagos o cuotas de recuperación, previamente a la atención médica, para disminución de filas en salas de espera. | SE REALIZO FACTURAS DE LA AGENDA DE LOS PACIENTE SIN COPAGOS | |
| 7 | Generar factura electrónica de venta o registro de servicios en el sistema de información DGH y soportar con la documentación que presenta el usuario según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | SE GENERO FACTURAS ELECTRONICA SEGÚN NORMA VIGENTE | |
| 8 | Recepcionar dinero, generar recibo de caja y entregar copia al usuario de acuerdo a la atención prestada al paciente según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | SE REALIZO RECIBO DE CAJA EN DGH SEGÚN CONCEPTO, | |
| 9 | Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. | NO PROGRAMADA | |
| 10 | Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. | SE REALIZO CIERRE DE CAJA A DIARIO. | |
| 11 | Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. | SE GENERARON FACTURAS. | |
| 12 | Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. | SE CORRIGIERON LAS FACTURA DEVUELTAS POR EL ANALISTA | |
| 13 | 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. | SE APLICO PLAN DE CONTIGENCIA LOS DIA QUE NO HUBO SISTEMA | |
| 14 | Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización. | NO PROGRAMADA | |
| 15 | Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el SGSSS y asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. | SE ASISTIO A LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS | |
| 16 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. | SE REALIZO ACTIVIDADES INDICADAS POR MI 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.

Flor I. Rodriguez B.
Firma del Contratista

C.C. 51.994.913 de BOGOTÁ D.C

## VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO

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

**Cuenta de cobro No 07 PS 3141 2024**

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

**Nit. 900.959.051-7**

DEBE A:
FLOR INÉS RODRÍGUEZ BELTRÁN
C.C 51.994.913 de la ciudad de BOGOTÁ D.C

LA SUMA DE:

UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE $ 1.796.320

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 3141 2024 correspondiente al mes de AGOSTO de 2024

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER 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,

f/ Flor I. Rodriguez B.

FLOR INÉS RODRÍGUEZ BELTRÁN
C.C 51994913
Teléfono 3157631505
Direccion KRA 51 F BIS Nº 38 B 31 SUR
No Cuenta 102570348 AHORROS DE BOGOTA
Fecha: 31/08/2024

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 | 51994913 | FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN | KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR | 7240077 | florrodrigrezb1@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 06/08/2024 | 78849447 | $402.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 200 | 0 | 162.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 200 | 0 | 208.200 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-7 | Seguros Bolivar S.A. | 860002503-2 | 31.700 | | | | 31.700 | | 100 | 31.800 | | | 317 | 31.800 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 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 | 162.700 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.800 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.700 |

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 |
| CC | 51994913 | FLOR INES RODRIGUEZ BELTRAN | | KRA 51 F BIS NO. 38 B 31 SUR | 7240077 | florrodrigrezb1@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ. D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERÍODO SALUD | PERÍODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 06/08/2024 | 78849447 | $402.700 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Cotiza en el exterior | Residente | IRG | 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 |
| 1 | CC | 51994913 | RODRIGUEZ BELTRAN FLOR INES | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.300.000 | 182.500 | 14-7 | 1.300.000 | 3 | 31.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | RP PS 3141 2024.pdf | RP PS 3141 2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO JUNIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO JULIO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO MARZO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3141 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf | PS 3141 2024 CUNTA DE COBRO ABRIL 2024 .pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf | PS 3141 2024 CUENTA DE COBRO MAYO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >