3167

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 3167 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: NATALIA URIBE MORA C.C. 1.024.462.777 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2024 Fecha Terminación inicial: 31 DE MAYO 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 |
| 6 | $ 1.796.320 | 3107 | 2024-09-01 | 2024-09-30 |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |

| 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 | $ 403.000 | 74387583 | 21/02/2024 |
| 2 | MARZO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 75341481 | 15/03/2024 |
| 3 | ABRIL | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 76094721 | 12/04/2024 |
| 4 | MAYO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 76919875 | 16/05/2024 |
| 5 | JUNIO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 77744990 | 17/06/2024 |
| 6 | JULIO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 78486411 | 16/07/2024 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 79272680 | 14/08/2024 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 80040407 | 12/09/2024 |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |

Resumen de contrato

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.592.640 | $ 14.370.560 | $ 14.370.560 | $ 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 requeridas 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 a ventanilla de cada paciente de acuerdo numero de digiturno | Las actividades desarrolladas durante el periodo se evidencian en el sistema de información de DHG ususario 1024462777 |
| 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 estado de ordenes y autorizaciones de acuerdo a solicitud del paciente | |
| 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 genero verificacion y estados de afiliacion de cada uno de los pacientes | |
| 4 | Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | se validad y reviso frecuenia y periocidad en solicitudes de cada paciente | |
| 5 | Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. | se realizo actualizacion de informacion a solicitud | |
| 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 genero la facturacion anticipada de consulta diaria | |
| 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 entrega de factura electronica de acuerdo a solicitud del paciente | |
| 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 entrega de facturacion de caja de acuerdo a solicitud | |
| 9 | Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes en concepto de pagarés. | Actividad no programada | |
| 10 | Realizar cierre de caja, arqueo y entrega de soportes respectivos, según instructivo del área de Tesorería. | se realizo cierre de caja con recaudo completo del día | |
| 11 | Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. | se realizo la entrega de acuerdo a solicitud del area | |
| 12 | Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. | se genero la correción de cuentas a solicitud | |
| 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 validaron planes de contigencia para continuar con los servicios | |
| 14 | Recepcionar, distribuir y realizar seguimiento de pre facturas enviadas al proceso de revisión de los servicios de urgencias y hospitalización. | Actividad 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 oportunamente a cada capacitación de acuerdo a solicitud | |
| 16 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. | se cumplieron cada una de las actividades descritas | |

**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 variada de acuerdo con los fechos establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Firma del Contratista

C.C. 1.024.462.777 de BOGOTA

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

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

Cuenta de cobro No 08 PS 3167 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE
E.S.E.
Nit. 900.959.051-7

**DEBE A:**

**NATALIA URIBE MORA**
**C.C 1 .024.462.777 de la ciudad de BOGOTÀ**

**LA SUMA DE**

UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE ($1,796,320)

**POR CONCEPTO DE:**

HONORARIOS POR PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO NO PS 3167 2024 CORRESPONDIENTE AL MES DE SEPTIEMBRE 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**

NATALIA URIBE MORA
C.C 1024462777
Teléfono 3007668776
Dirección CL 67 SUR 80L 35
No Cuenta 0472341874
Fecha: 30/09/2024

4

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 | 1024462777 | NATALIA URIBE MORA | Cl67sur#80l35 | 3007668776 | uribe.nata@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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 12/09/2024 | 86040407 | $402.200 | |

## 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 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 31.700 | | | | 31.700 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 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 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 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 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 402.200 | 402.200 |

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 | 1024462777 | NATALIA URIBE MORA | | Cl67sur#80l35 | 3007668776 | uribe.nata@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: 1 / UPC: 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 12/09/2024 | 80040407 | $402.200 |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Extranjero | Sueldo Integral | Estudiante | Cotiz. Exterior | Pensionado | Dias | IGE | IRL | LMA | VSP | TDP | TAP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | ING | Cotización | 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 | 1024462777 | URIBE MORA NATALIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.320.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.320.000 | 162.300 | 14-1 | 1.320.000 | 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