3173

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 3173 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:** SANDRA MARCELA RAMIREZ SALINAS **C.C.** 52.283.032 **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 |
| 6 | $ 1.796.320 | 3701 | 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 | FEBRERO | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 74233087 | 6/02/2024 |
| 2 | MARZO | $ 1.796.320 | $ 403.400 | 75478920 | 11/03/2024 |
| 3 | ABRIL | $ 1.796.320 | $ 402.700 | 76250489 | 9/04/2024 |
| 4 | MAYO | $ 1.796.320 | $ 402.700 | 76284063 | 10/05/2024 |
| 5 | JUNIO | $ 1.796.320 | $ 403.000 | 77065187 | 14/06/2024 |
| 6 | JULIO | $ 1.796.320 | $ 403.200 | 78662343 | 12/07/2024 |
| 7 | AGOSTO | $ 1.796.320 | $ 403.200 | 78663568 | 12/08/2024 |
| 8 | SEPTIEMBRE | $ 1.796.320 | $ 402.200 | 79404616 | 9/09/2024 |
| 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 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:** 2024-09-01 **Hasta:** 2024-09-30

| | 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. | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA | LAS ACTIVIDES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO SE EVIDENCIANEN EL SISTEMA DE INFORMACION DGH USUARIO 52283032 UBICADO EN EL CENTRO DE ATENCION HOSPITAL SANTA CLARA |
| 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. | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA | |
| 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 REALIZO VERIFICACION DE SOPORTES Y COMPROBADORES | |
| 4 | Revisar y validar servicios respecto a frecuencias de uso, grupo etario, género y según acuerdo de voluntades y normatividad vigente. | SE VERIFICO Y RATIFICO LOS SERVICIOS RESPECTO A LA PERIOCIDAD DE USO,GRUPO ETNICO,GENERO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD. | |
| 5 | Actualizar datos personales del usuario y datos del acudiente en el sistema de información. | SE ACTUALIZO DATOS PERSONALES DEL USUARIO PARA LA RESPECTIVA INFORMACION EN DGH | |
| 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 FACTURACION DE LAS AGENDAS DE LOS PACIENTES QUE NO REALIZAN 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 CREO FACTURAS DE VENTA O REGISTRO DE SERVICIOS DE INFORMACION QUE HAY EN DGH Y SE ENTREGO EVIDENCIAS Y SU RESPECTIVA DOCUMENTACION DEL USUARIO DE ACUERDO A LOS REGLAMENTOS Y VIGENCIAS | |
| 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. | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA | |
| 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. | ACTIVIDAD NO PROGRAMADA | |
| 11 | Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo instructivos y/o procedimientos del área. | SE PROPORCIONO LAS FACTURAS DIARIAMENTE Y CON SUS CORRESPONDIENTES SOPORTES DE ACUEDO A REGLAMENTOS O INSTRUCTIVOS QUE SE DEBE DESARROLLAR EN EL AREA | |
| 12 | Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el analista de cuentas. | SE HIZO LAS RESPECTIVAS CORRECCIONES DE LAS DEVOLUCIONES E INCONSISTENCIAS DEL ANALISTA DE CUENTAS | |
| 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 BRINDO EL APOYO NECESARIO Y SE REALIZA PLANES DE CONTINGENCIA | |
| 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 RENOVO LA NORMATIVIDAD Y ASISTENCIA A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES QUE PROGRAMARON | |
| 16 | Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor del contrato. | SE EJECUTO Y SE ENTREGO A TIEMPO LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL | |

**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. 52.283.032 de BOGOTÁ D.C

**VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATO**

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

**Cuenta de cobro No 8 PS 3173 2024**

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

**Nit. 900.959.051-7**

**DEBE A:**

SANDRA MARCELA RAMIREZ SALINAS

C.C 52.283.032 de la ciudad de BOGOTA

**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 3173 2024 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2024

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

**Cordialmente,**

SANDRA MARCELA RAMIREZ SALINAS
C.C 52283032
Teléfono 3125071173
Direccion CALLE 62B SUR 36-20
No Cuenta 8400357771 AHORROS DAVIVIENDA
Fecha: 30/09/2024

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | SANDRA MARCELA RAMIREZ SALINAS | **NIT:** | 52283032 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | agosto 2024 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | agosto 2024 |
| **Número de Radicación:** | 79404616 | **Total a pagar:** | $402,200 |
| **Fecha de vencimiento:** | 09/09/2024 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 09/09/2024 | **Número de Administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 899978031 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-7 | 860002503 | Cia. de Seguros Bolivar S.A. | 1 | | $0 | $31,700 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | $0 | $208,000 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $162,500 |
| | | | | | | $402,200 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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