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 – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 02
FECHA: 2020-05-04

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1033 2020	**C.D.P. No.:**	7
Proceso al que pertenece:	FINANCIERA - FACTURACION		
Unidad a la que pertenece:	SAN CRISTOBAL		
Nombre del Contratista:	JAEL JOHANA CIFUENTES GALLO	**C.C.**	1.022.395.841
de:	BOGOTÁ		
Fecha Inicio:	16 DE ENERO DE 2020	**Fecha Terminación incial:**	15 DE JULIO DE 2020
Valor Mensual:	$ 1.499.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.499.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.499.000	1888	2020-07-16	2020-08-15
2	$ 1.499.000	2405	2020-08-16	2020-09-15
3	$ 2.998.000	2896	2020-09-16	2020-11-15
4	$ 0	0	1900-01-00	1900-01-00
5	$ 0	0		
6	$ 0	0		
7	$ 0	0		
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 749.500	$ 258.100	9401226102
2	FEBRERO	$ 1.499.000	$ 271.700	9402219965
3	MARZO	$ 1.499.000	$ 271.700	9403346211
4	ABRIL	$ 1.499.000	$ 271.700	9404376676
5	MAYO	$ 1.499.000	$ 157.600	9405419919
6	JUNIO	$ 1.499.000	$ 157.600	940653103
7	JULIO	$ 1.499.000	$ 271.700	9407689682
8	AGOSTO	$ 1.499.000	$ 271.700	9408755764
9	SEPTIEMBRE	$ 1.499.000	$ 271.700	9409836050
10	OCTUBRE	$ 1.499.000	$ 271.700	9410923475

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.994.000	$ 14.990.000	$ 14.240.500	$ 749.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO DE MANERA PERSONAL Y AUTÓNOMA, EN SU CONDICIÓN DE BACHILLER ADMINISTRATIVO I, PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN FINANCIERA (FACTURACION) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-10-01 **Hasta:** 2020-10-31

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1.Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizar datos personales del usuario a facturar.3.Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area.8.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.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.10.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	1.Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente.2.Actualizo datos personales del usuario a facturar.3.Genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizo el dinero de recibos de caja recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaboro factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area.8.Corregio facturas anuladas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de informacion y/o bases de datos afines.10.Realizo actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Durante el periodo 26 Septiembre al 25 de Octubre, realizo 20 jornadas, se agendaron 381 citas, se generaron 1.044, facturas por valor de $ 66.387.828, se realizaron 18 recibos caja por valor de 472.900 , se ajustaron 7 facturas anuladas, se anexan 2 folio con los pantallazos de esta información la cual se puede evidenciar en el estadistico de facturación que se genera en el sistema de información DGH modulo facturación.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Firma del Contratista

C.C. 1.022.395.841 **de** BOGOTÁ

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022395841		CIFUENTES GALLO JAEL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 57A # 68B-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	9410923475	9410923475	I	2020/10/09	2020/10/14	BANCO BOGOTA	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1022395841 CIFUENTES JAEL	231001	30	$877,803	$140,500	EPS044	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/10/14 10:12 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1022395841		CIFUENTES GALLO JAEL JOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 57A # 68B-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-09	2020-09	9410923475	9410923475	I	2020/10/09	2020/10/14	BANCO BOGOTA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

2020/10/14 10:12 AM

Totales : JAEL JOHANNA CIFUENTES GALLO	1044	66.387.828	280.300	472.900	17.242.668	472.900	
Totales del Reporte :	1044	66.387.828	280.300	472.900	17.242.668	472.900	0,00

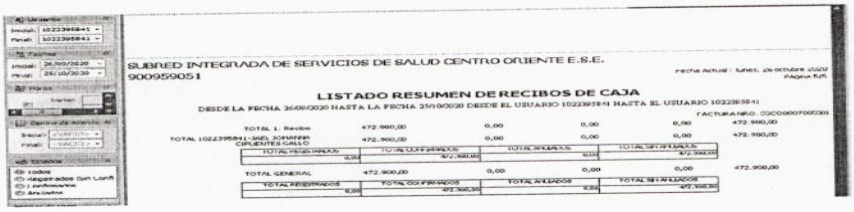
1.CITAS ASIGNADAS:



6 Registros para: CARLOS ARTURO MEJIA DELGADO - 1971-11-16 (48 Años) - 79570378

Fecha Cita	Nombre Médico	Especialidad	Centro Atención	Asignado por	Fecha Asignación	Tarifa	Consecutivo Cita	Estado	Cancelado por	Motivo	Observación	Huella
2020-10-28 14:00:00.000	MARTINEZ MATEUS SINDY LORENA	ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA	CAPS PRIMERO DE MAYO	JAEL JOHANNA CIFUENTES GALLO	2020-10-26 09:03:04.307		5162762	Asignada			prestar poblacion general	SIN HUELLA
2020-10-28 13:20:00.000	MARTINEZ MATEUS SINDY LORENA	ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA	CAPS PRIMERO DE MAYO	JAEL JOHANNA CIFUENTES GALLO	2020-10-26 09:04:27.397		5162766	Asignada			prestar vih poblacion general con prueba de vih no reac	SIN HUELLA

3.RECIBOS DE CAJA:



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
900959051

Fecha Actual : lunes, 26 octubre 2020
Página 1/1

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

DESDE LA FECHA 26/09/2020 HASTA LA FECHA 26/10/2020 DESDE EL USUARIO 1022395841 HASTA EL USUARIO 1022395841

FACTURANRO. OSCO0007005201

TOTAL 1 - Recibo	472.900,00	0,00	0,00	0,00	472.900,00
TOTAL 1022395841 - JAEL JOHANNA CIFUENTES GALLO	472.900,00	0,00	0,00	0,00	472.900,00
TOTAL RESERVADOS: 0,00	TOTAL CUFE APROBADOS: 472.900,00		TOTAL ANULADOS: 0,00	TOTAL SIN ANULADOS: 472.900,00	
TOTAL GENERAL	472.900,00	0,00	0,00	0,00	472.900,00
TOTAL RESERVADOS: 0,00	TOTAL CUFE APROBADOS: 472.900,00		TOTAL ANULADOS: 0,00	TOTAL SIN ANULADOS: 472.900,00	

4.EVIDENCIAS SUBSANADAS:



INCONSISTENCIAS PY D I REPORTE

Carolina b e

Buenos tardes , muy respetosamente se envía archivo para que por favor le reciben realicen los ajustes solicitados en la observaci

JOHANA CIFUENTES

para Carolina

Buenos días

Envio respuesta de inconsistencias

Gracias

5. EVIDENCIA DE ANULACIONES:



anulacion total

JOHANA CIFUENTES

para FACTURACIÓN

Buenos días

Envio cuadro para anulación total por maternidad

Gracias

FACTURACIÓN BAJA COMPLEJIDAD

para mí

ya quedo

BOGOTÁ