1035

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 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 1035 2020 **C.D.P. No.:** 7 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** RAFAEL URIBE

Nombre del Contratista: JEIMY LORENA NIÑO SANDOVAL **C.C.** 1.012.465.739 **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	$ 2.998.000	3669	2020-11-16	2021-01-15
5	$ 0	0		
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 749.500	$ 301.300	8339728079
2	FEBRERO	$ 1.499.000	$ 319.500	40615285
3	MARZO	$ 1.499.000	$ 271.700	41194072
4	ABRIL	$ 1.499.000	$ 319.000	591889685
5	MAYO	$ 1.499.000	$ 319.000	42272849
6	JUNIO	$ 1.499.000	$ 204.900	42914401
7	JULIO	$ 1.499.000	$ 271.700	43846336
8	AGOSTO	$ 1.499.000	$ 271.700	44336554
9	SEPTIEMBRE	$ 1.499.000	$ 271.700	44970406
10	OCTUBRE	$ 1.499.000	$ 319.000	45604891
11	NOVIEMBRE	$ 1.499.000	$ 271.700	46263088
12				
13				
14				
15				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.994.000	$ 17.988.000	$ 15.739.500	$ 2.248.500

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:** 2020-11-01 **Hasta:** 2020-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	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 información 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 Octubre al 25 de Noviembre , realizo 20 jornadas, se agendaron 753 citas, se generaron 1227 facturas por valor de $ 52.213.143 , se realizaron 22 recibos caja por valor de $ 196,900, se ajustaron 4 facturas anuladas, se anexan 2 folios con los pantallazos de esta información la cual se puede evidenciar en el estadístico 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

Jeimy Niño.
Firma del Contratista

C.C. 1.012.465.739 **de** BOGOTÁ

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

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	1012465739	JEIMY LORENA NIÑO SANDOVAL		CARRERA 100 50 B 45 SUR	3066102	LORENAJEIMY700@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	06/11/2020	46263088	$319.000	

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	109.800	47.300		0		0	0	0	0	157.100	2

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	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	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	157.100	157.100
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	319.000	319.000

PAGADA
46263088

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

1035

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	1012465739	JEIMY LORENA NIÑO SANDOVAL	CARRERA 100 50 B 45 SUR	3066102	LORENAJEIMY700@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-10	2020-10	I	06/11/2020	46263088	$319.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero	IRG	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	SCT	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	TI	1000133066	NIÑO SANDOVAL JENNIFER JIMENA	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	47.300		0		0		0	0	0	0	0	0	0
2	CC	1012465739	NIÑO SANDOVAL JEIMY LORENA	59	0			N																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-7	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

RS347	**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS-S SANTANDER**									
SSCO000700807103/11/2020	RAMIREZ PRIETO NAYERL	1007193671		290.700			290.700			
SSCO000701160817/11/2020	ARIZA ALMANZAR LEIDY	1005294612		9.000			9.000			
SSCO000701161017/11/2020	ARIZA ALMANZAR LEIDY	1005294612		23.300			23.300			
TOTALES : COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS-S SANTANDER			3	**323.000**			**323.000**			
RS356	**COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS-S BOGOTA**									
SSCO000701160717/11/2020	ARIZA ALMANZAR LEIDY	1005294612		9.000			9.000			
TOTALES : COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD EPS-S BOGOTA			1	**9.000**			**9.000**			
Totales : JEIMMY LORENA NIÑO			1227	**52.213.143**	**164.700**	**196.900**	**1.200.800**	**196.900**		
Totales del Reporte :			1227	52.213.143	164.700	196.900	1.200.800	196.900		0,00

153

4

JEIMY LORENA NIÑO
CC 1012465739
lorenajeimy700@gmail.com

CITAS ASIGNADAS

CITAS REGISTRADAS EN DGH

26 Registros para: NASLY ISABEL TOCARRUNCHO CAMPOS - 1976-10-18 (44 Años) - 52231254

Fecha Cita	Nombre Medico	Especialidad	Centro Atención	Asignada Por	Fecha Asignación	Factura	Consecutivo Cita	Estado	Cancelada por	Motivo	Observación	Huella
2020-11-27 12:10:00.000	CORTES PARRA LUISA FERNANDA	ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA	CAPS OLAYA	JEIMMY LORENA NIÑO	2020-11-25 11:01:02.137		5236979	Asignada				SIN HUELLA
2020-11-25 10:00:00.000	PATIO PERDOMO RUSBITH	ENFERMERIA EN CONSULTA EXTERNA	CAPS OLAYA	NORMA ESPERANZA MARTINEZ SOLER	2020-11-18 09:27:44.457	00000090145404	5219167	Cumplida			solictada por jefe patio no esta preparada	SIN HUELLA
									NORMA			

FACTURAS GENERADAS: 1230

CITAS ASIGNADAS:

1120358501	JEIDY GUERRERO SANTOS	198
1012465739	JEIMMY LORENA NIÑO	753
1023926602	JEIMMY MARCELA CORTES CASTRO	720
1012436003	JEIMY ALEJANDRA LAMPREA ORTEGA	96

REPORTE RECIBOS DE CAJA:

Página 2/2

LISTADO RESUMEN DE RECIBOS DE CAJA

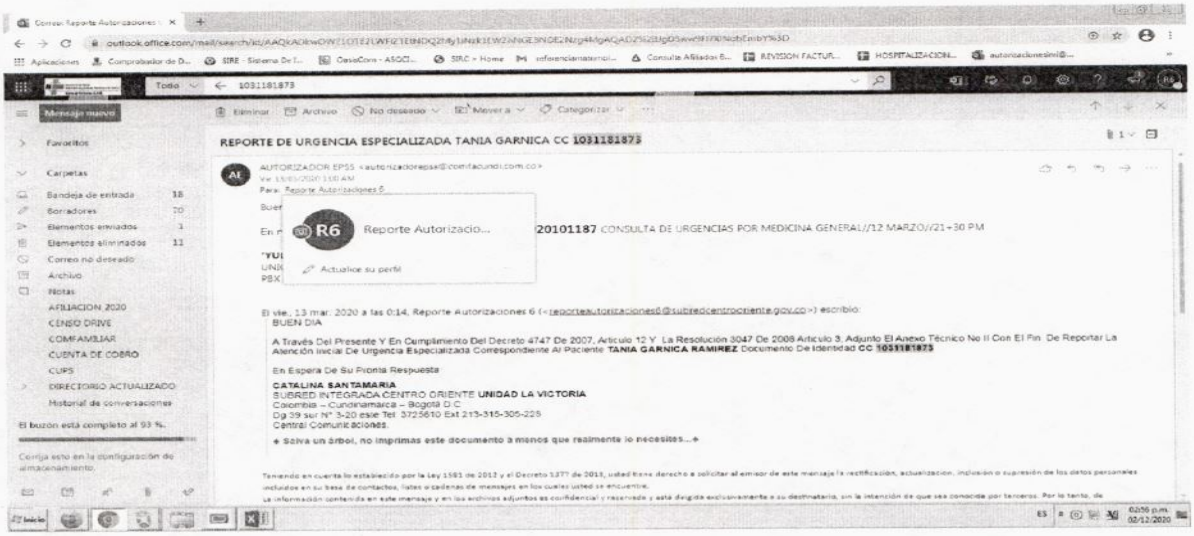
DESDE LA FECHA 25/10/2020 HASTA LA FECHA 25/11/2020 DESDE EL USUARIO 1012465739 HASTA EL USUARIO 1012465739

000000000251518	17/11/2020 11:00:23 a. m.	5.600,00	0,00	0,00	0,00	5.600,00	Confirmado
000000000251693	18/11/2020 2:22:27 p. m.	3.500,00	0,00	0,00	0,00	3.500,00	Confirmado
000000000251708	18/11/2020 4:06:31 p. m.	200,00	0,00	0,00	0,00	200,00	Confirmado
000000000252229	25/11/2020 7:59:20 a. m.	3.500,00	0,00	0,00	0,00	3.500,00	Confirmado
000000000252232	25/11/2020 8:03:12 a. m.	3.800,00	0,00	0,00	0,00	3.800,00	Confirmado
000000000252233	25/11/2020 8:13:05 a. m.	2.000,00	0,00	0,00	0,00	2.000,00	Confirmado
	TOTAL 1.Recibo	196.900,00	0,00	0,00	0,00	196.900,00	
TOTAL 1012465739-JEIMMY LORENA NIÑO		196.900,00	0,00	0,00	0,00	196.900,00	

TOTAL REGISTRADOS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
0,00	196.900,00	0,00	196.900,00

TOTAL GENERAL	196.900,00	0,00	0,00	0,00	196.900,00

TOTAL REGISTRADOS	TOTAL CONFIRMADOS	TOTAL ANULADOS	TOTAL SIN ANULADOS
0,00	196.900,00	0,00	196.900,00



SCO0006062597
290

