1052

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 1052 2020 **C.D.P. No.:** 7 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** UMHES MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: MIRNA GISELLA ALTAMIRANDA TORRES **C.C.** 44.151.384 **de:** SOLEDAD

Fecha Inicio: 16 DE ENERO DE 2020 **Fecha Terminación incial:** 15 DE JULIO DE 2020 **Valor Mensual:** $ 8.994.000 **Valor a cobrar:** $ 1.499.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.400.000	1888	2020-07-16	2020-08-15
2	$ 1.499.000	2405	2020-08-16	2020-09-15
3	$ 0	0		
4	$ 0	0		
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 749.500	$ 256.300	39728348
2	FEBRERO	$ 1.499.000	$ 271.700	40530129
3	MARZO	$ 1.499.000	$ 271.700	41191431
4	ABRIL	$ 1.399.067	$ 271.700	595517122
5	MAYO	$ 1.499.000	$ 157.600	42442074
6	JUNIO	$ 1.499.000	$ 157.600	43180267
7	JULIO	$ 1.499.000	$ 271.700	43829113
8	AGOSTO	$ 1.499.000	$ 271.700	44554688
9				
10				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.994.000	$ 11.893.000	$ 11.142.567	$ 750.433

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:** 2020-08-01 **Hasta:** 2020-08-31

OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCION 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 Área. 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.Recepcionar a diario las facturas generadas y organizar por pagador. 2.Verificar contra historia clínica que se encuentren facturados y registrados todos los procedimientos, medicamentos e insumos del usuario atendido. 3.Verificar que la facturas contengan las tarifas y soportes de acuerdo a la normatividad y contratación vigente con las EAPB. 4. Realizar las devoluciones de las facturas, para corrección de forma oportuna. 5. Consolidar las cuasales de devolución de las facturas. 6.Generar las relaciones de envió y solicitud de RIPS oportunamente, por cada una de las facturas a radicar a las EAPB. 7.Grantizar la radicación oportuna de la facturación de las entidades asignadas, de acuerdo a las fechas programadas. 8.Informar oportunamente a la coordinación de facturación las razones que podrían dificultar o la no radicación oportuna de las facturas. 9.Realizar desplazamiento a las EAPB para entrega de facturas, en caso de ser necesario. 10. Registrar y subir las facturas y soportes en los aplicativos WEB disponibles por las EAPB, para radicación de facturas. 10. Dar respuesta a las devoluciones de facturas de forma oportuna y de acuerdo a las normatividad vigente. 11.Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos. 12.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 13.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 14.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	En el periodo comprendido entre el 1 a 25 de Julio se realizaron 21 turnos, se realizo el censo 25 dias, se cargaron en el sistema 130 historias clinicas del servicio de Basicos neonatales, se digitan apoya diagnosticosn terapias respiratorias, ocupacionales, fisicas y de lenguajes, tambien se carga a diario oxigeno, oximetria y glucometria. Se anexan 10 folios con los pantallazos de esta información la cual se puede evidenciar en los reportes del módulo de Facturacion que se genera en el sistema de informacion DGH.

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

Mirna altamiranda

Firma del Contratista

C.C. 44.151.384 **de** SOLEDAD

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	44151384	MIRNA GISSELLA ALTAMIRANDA TORRES		CALLE 66 N 28 A 19	2398232	migisancristobal@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	
2020-07	2020-07	I	06/08/2020	44554688	$289.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	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 Bolívar 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
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.600	0	0	17.600	1

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

PAGADA
44554688

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	44151384	MIRNA GISSELLA ALTAMIRANDA TORRES		CALLE 66 N 28 A 19	2398232	migisancristobal@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-07	2020-07	I	06/08/2020	44554688	$289.300

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	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	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	44151384	ALTAMIRANDA TORRES MIRNA GISSELLA	59	0			N																231001	877,803	140,500	0	0	0	0	EPS005	877,803	109,800	14-7	877,803	3	21,400	CCF22	877,803	17,600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MIRNA GISSELLA ALTAMIRANDA TORRES	**Nit:**	44151384
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Julio 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Julio 2020
Número de radicación:	44554688	**Total a pagar:**	$289,300
Fecha de vencimiento:	24/08/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	06/08/2020	**Número de administradoras:**	4

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 de aprobación:**	704360719
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. 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		$0.00	$21,400
231001	800227940	Colfondos	1		$0.00	$140,500
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$17,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$109,800
						$289,300

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

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. icontec ISO / IEC 27001 CC-SI005-1

Powered by Cenet Edinet

Acerca de los certificados SSL

Miplanilla.com - Gestión y pago de la Planilla Integral de Liquidación de Aportes (PILA) - Colombia

Su dirección IP actual es: **186.154.209.130**

SUBRED CENTRO ORIENTE

FORMATO

REVISION HISTORIAS CLINICAS

FECHA INGRESO:	ADMISION:	PACIENTE:	DOC ID:	PAGADOR 1	PAGADOR 2	CAMA:	COT SOAT	BENEFICIARIO	SUBS/VINC
09/08/2010	111260855	10 1133170 3							

ESTANCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
RMTD/PRGRMD																															
INTENSIVOS																															
INTERMEDIOS																															
UNIPERSONAL																															
NEONATAL																															
CUATRO CAMAS																															
SALUD MENTAL																															
SALA DE OBSER																															
MANEJO OBSEVAC																															
CUIDADOS O CTRLS																															
INTERCONSULTAS																															
T.RESPIRATORIA																															
NEBULIZACION																															
T.FISICA																															
T.LENGUAJE																															
T.OCUPACIONAL																															
T.CARDIACA																															
GLUCOMETRIA																															
EKG																															
OXIMETRIAS																															
GASES																															
CURACION																															

6250/9350

	OTROS SERVICIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
NEFROL																																	
B. SANGRE																																	
OXIGENO	CANULA NASAL																																
	VENTURY																																
	HELONTIX																																
	OXIDO NITRICO																																
RADIOLOGIA																																	
ADMINISTRA	ADMINISTRADOR RESPONSABLE																																

SOAT	FECHA	DESCRIPCION	GRUPO	VIA	POS/NOPOS

PROCED QX/ENDOS Y/O

OBSERVACIONES:

MATERIAL DE OSTE. E INSUMOS ESPECIALES	SI		NO		REPORTADO	SI		NO		DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS	SI		NO		POTE
POS:		MIPRES:		VALOR COPAGO Y/O CUOTA RECU	C		INFORMACION DE COPAGO A			ANALISTA/ADMIN.					

SUBRED CENTRO ORIENTE

FORMATO

REVISION HISTORIAS CLINICAS

FECHA INGRESO	ADMISION	PACIENTE	DOC ID	PAGADOR 1	PAGADOR 2	CAMA	CO	CONVENIO SOLO	TIPO CAMA
10/08/2020	1113	30043	1612	31834					

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

RMTD/PRGRMD

ESTANCIA
- INTENSIVOS
- INTERMEDIOS
- UNIPERSONAL
- NEONATAL
- CUATRO CAMAS
- SALUD MENTAL
- SALA DE OBSER

OBSERVACION
- MANEJO OBSEVAC
- CUIDADOS O CTRLS

INTERCONSULTAS
- oftalmología
- infectología
- dermatología
- cirugía

TERAPIA
- T.RESPIRATORIA
- NEBULIZACION
- T.FISICA
- T.LENGUAJE
- T.OCUPACIONAL
- T.CARDIACA
- GLUCOMETRIA
- EKG
- OXIMETRIAS
- GASES
- CURACION

OTROS SERVICIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
NEFROL																																
B. SANGRE																																
OXIGENO	CANULA NASAL																															
	VENTURY																															
	NEL ONTIX																															
	OXIDO NITRICO																															
RADIOLOGIA	N/Labor																															
	N/Labor																															
ADMINISTRA	ADMINISTRADOR RESPONSABLE																															

PROCED QX/ENDOS Y/O	SOAT	FECHA	DESCRIPCION	GRUPO	VIA	POS/NOPOS

OBSERVACIONES:

MATERIAL DE OSTEOSINTESIS/INSUMOS ESPECIALES	SI		NO		REPORTADO	SI		NO		DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS	SI		NO		PLETE				
POS		MIPRES.		VALOR COPAGO Y/O CUOTA RECU		C		INFORMACION DE COPAGO A			ANALISTA/ADMIN.								

SUBRED CENTRO ORIENTE

FORMATO

REVISION HISTORIAS CLINICAS

INTERNACION

FECHA INGRESO: 16/08/2010 ADMISION: 111967/8 PACIENTE: 1206226236

RMTD/PRGRMD

ESTANCIA
- INTENSIVOS
- INTERMEDIOS
- UNIPERSONAL
- NEONATAL
- CUATRO CAMAS
- SALUD MENTAL
- SALA DE OBSER

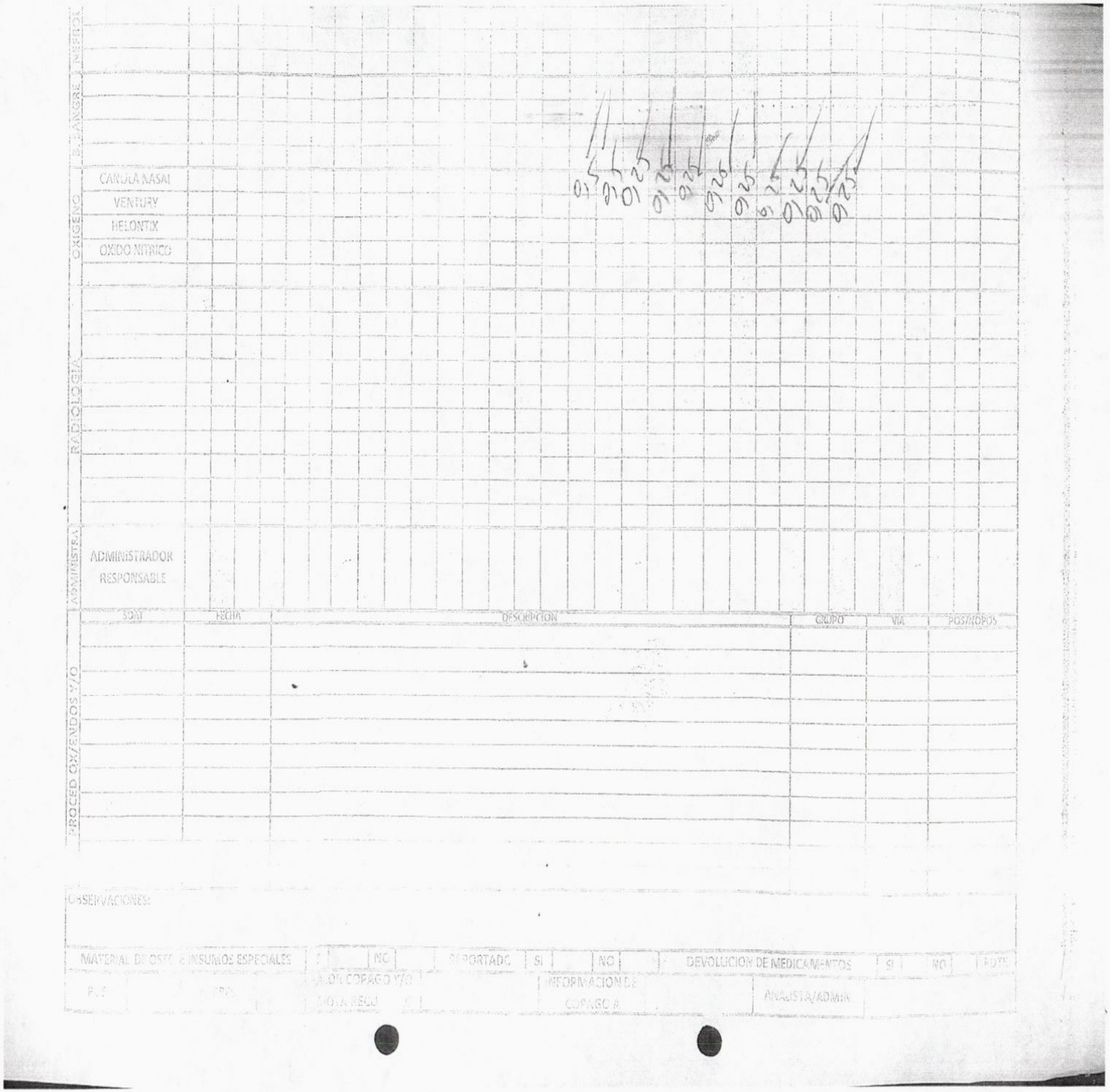
MANEJO OBSEVAC

CUIDADOS O CTRLS

INTERCONSULTAS

TERAPIA
- T.RESPIRATORIA
- NEBULIZACION
- T.FISICA
- T.LENGUAJE
- T.OCUPACIONAL
- T.CARDIACA
- GLUCOMETRIA
- EKG
- OXIMETRIAS
- GASES
- CURACION

411205279



NEBULIZACION
P. SANGRE
OXIGENO
CANULA NASAL
VENTURY
HELONTIX
OXIDO NITRICO
RADIOLOGIA
ADMINISTRA
ADMINISTRADOR RESPONSABLE
PROCED OX/ENDOS Y/O

SOAT	FECHA	DESCRIPCION	GRUPO	VIA	POSTNDPOS

OBSERVACIONES:

MATERIAL DE OSTO & INSUMOS ESPECIALES | SI | | NO | | SOPORTADO | SI | | NO | | DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS | SI | | NO | | ROTE

P.... | PRO | | ACION COPAGO Y/O CUOTA REGU | | INFORMACION DE COPAGO A | | ANALISTA/ADMIN

SUBRED CENTRO ORIENTE

FORMATO

REVISION HISTORIAS CLINICAS

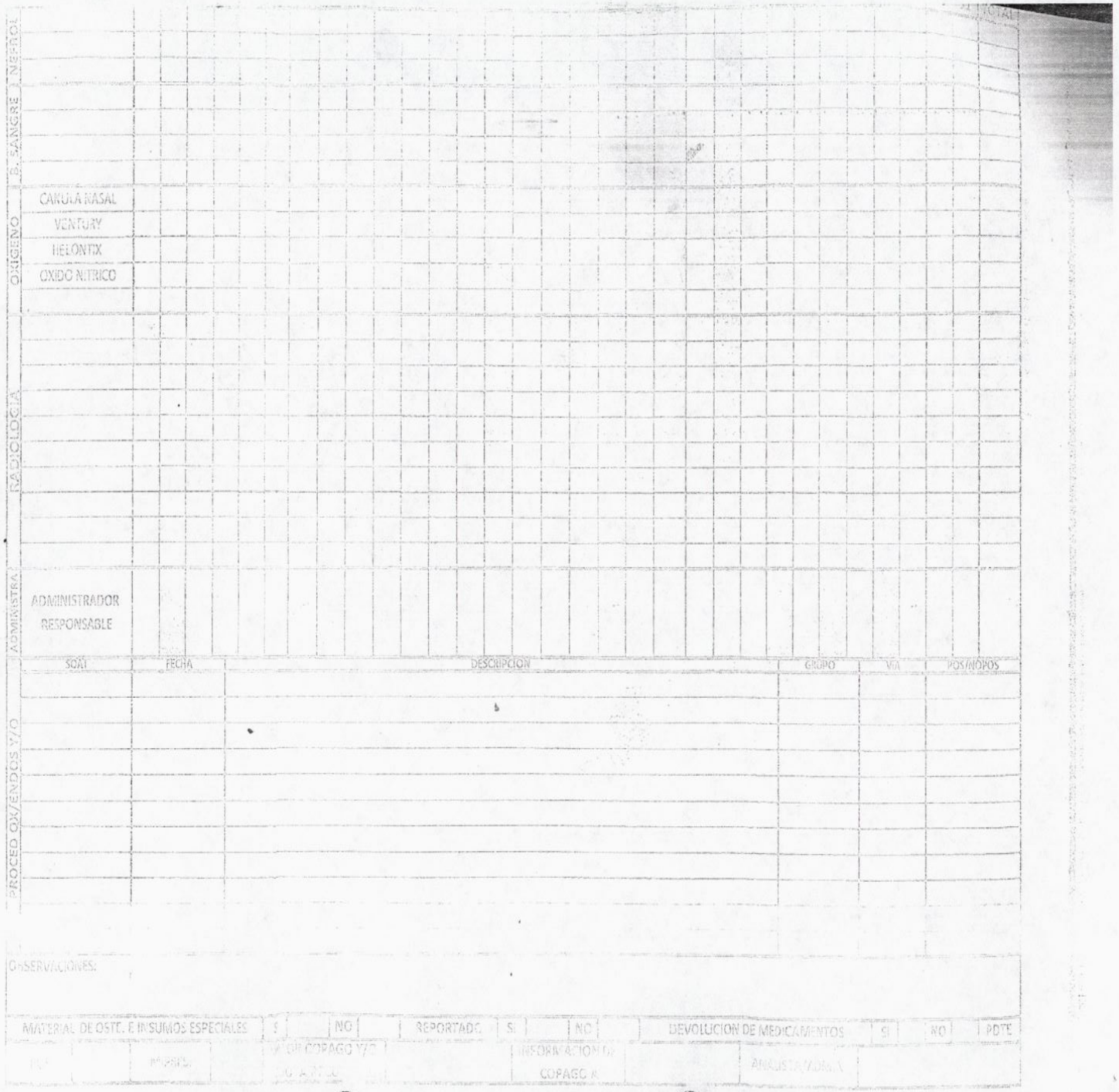
AUTOGRAMA

FECHA INGRESO: 18/08/2020 1114994 1612333212.

FECHA	17	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
RANTD/PROGRMD																															
ESTANCIA: INTENSIVOS																															
ESTANCIA: INTERMEDIOS																															
ESTANCIA: UNIPERSONAL																															
ESTANCIA: NEONATAL																															
ESTANCIA: CUATRO CAMAS																															
ESTANCIA: SALUD MENTAL																															
ESTANCIA: SALA DE OBSER																															
MANEJO: MANEJO OBSEVAC																															
MANEJO: CUIDADOS O CTRLS																															
INTERCONSULTAS																															
TERAPIA: T.RESPIRATORIA																															
TERAPIA: NEBULIZACION																															
TERAPIA: T.FISICA																															
TERAPIA: T.LENGUAJE																															
TERAPIA: T.OCUPACIONAL																															
TERAPIA: T.CARDIACA																															
GLUCOMETRIA																															
EKG																															
OXIMETRIAS																															
GASES																															
CURACION																															

BIRS BIRS BIRS BIRS BIRS BIRS BIRS BIRS BIRS BIRS

62 7117


TOTAL
B. SANGRE
NEFROL
OXIGENO
CANULA NASAL
VENTURY
HELONTIX
OXIDO NITRICO
RADIOLOGIA
ADMINISTRA
ADMINISTRADOR
RESPONSABLE
PROCED QX/ENDOS Y/O
SOAT
FECHA
DESCRIPCION
GRUPO
VIA
POS/NOPOS
OBSERVACIONES:
MATERIAL DE OSTE. E INSUMOS ESPECIALES
S
NO
REPORTADO
SI
NO
DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS
SI
NO
POTE
COPAGO
ANALISTA/DIGITA

SUBRED CENTRO ORIENTE

FORMATO

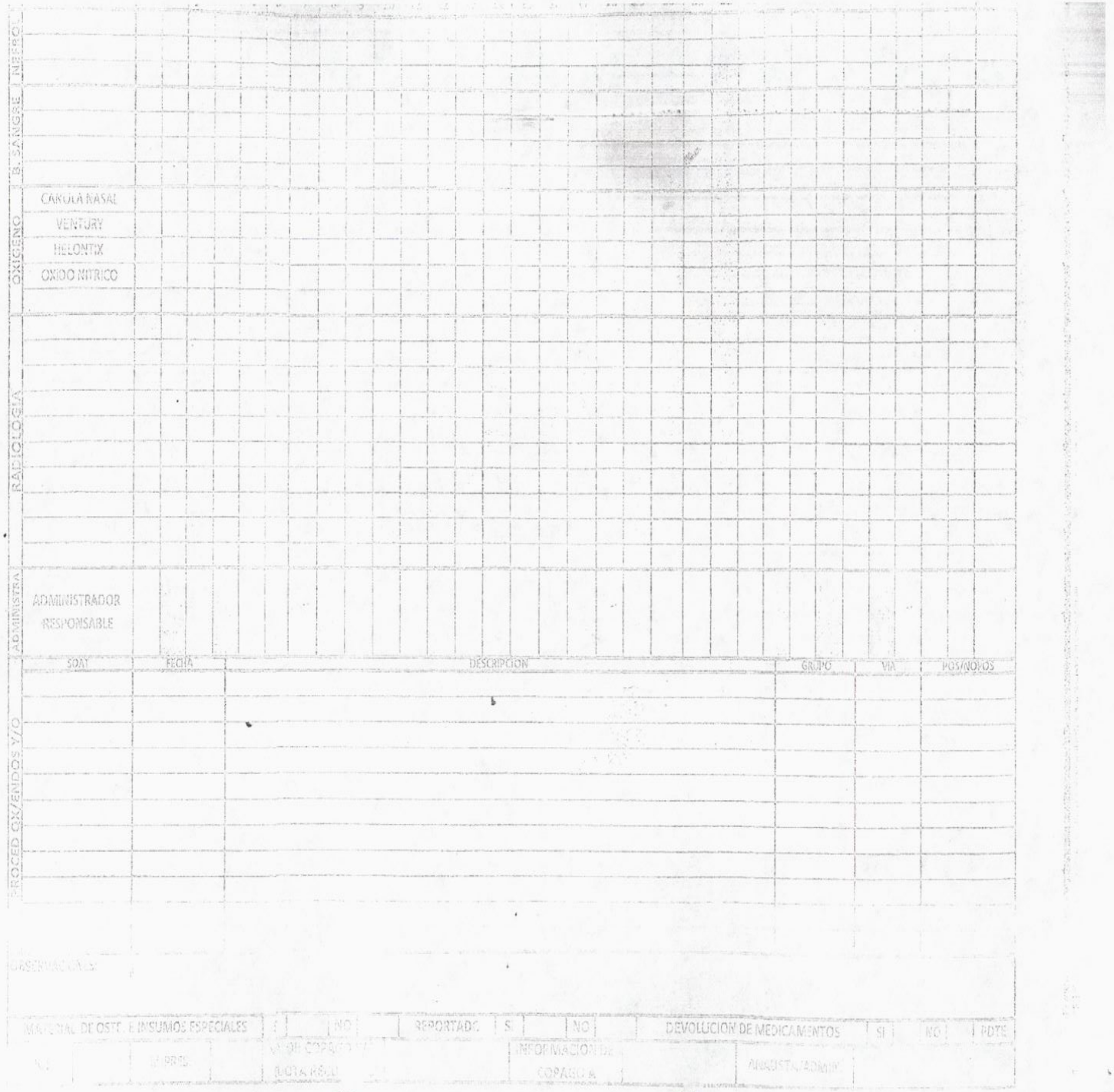
REVISION HISTORIAS CLINICAS

FECHA INGRESO: 21/08/2010

PACIENTE: 1116276B 1001275183I

	RMTD/PRGRMD																								
ESTANCIA	INTENSIVOS																								
	INTERMEDIOS																								
	UNIPERSONAL																								
	NEONATAL																								
	CUATRO CAMAS																								
	SALUD MENTAL																								
	SALA DE OBSER																								
	MANEJO OBSEVAC																								
	CUIDADOS O CTRLS																								
INTERCONSULTAS																									
TERAPIA	T.RESPIRATORIA																								
	NEBULIZACION																								
	T.FISICA																								
	T.LENGUAJE																								
	T.OCUPACIONAL																								
	T.CARDIACA																								
	GLUCOMETRIA																								
	EKG																								
	OXIMETRIAS																								
	GASES																								
	CURACION																								

62 5128762
62 5125763


B. SANGRE
NEBRO
OXIGENO
CANULA NASAL
VENTURY
HELONTIX
OXIDO NITRICO
RADIOLOGIA
ADMINISTRA
ADMINISTRADOR
RESPONSABLE
ROCED QX/ENDOS Y/O
SOAT
FECHA
DESCRIPCION
GRUPO
VIA
POS/NOPOS
OBSERVACIONES
MATERIAL DE OSTE E INSUMOS ESPECIALES
NO
REPORTADO
S
NO
DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS
SI
NO
POTE
No
PROC
INFORMACION DE
COPAGO A
ANEST/ADMIN

Agosto

Facturado

Julio

SUBRED CENTRO ORIENTE	FORMATO REVISION HISTORIAS CLINICAS	AUTOMÁTICO

FECHA INGRESO:	ADMISION:	PACIENTE:	DOC ID:	PAGADOR 1	PAGADOR 2	CAMA:	COT SOAT	BENEFICIARIO	SUBS/VINC
23/07/2019	110867746	1115191321							

	URGENCIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
	RMTD/PRGRMD																																
ESTANCIA	INTENSIVOS																																
	INTERMEDIOS																																
	UNIPERSONAL																																
	NEONATAL	BAS	BAS	RAS																			BAS	BAS	RAS	BAS	BAS	BAS	BAS	BAS	BAS		
	CUATRO CAMAS																																
	SALUD MENTAL																																
	SALA DE OBSER																																
	MANEJO OBSEVAC																																
	CUIDADOS O CTRLS																																
INTERCONSULTAS	Espalda																																
	Sico																																
	Infect.																																
	Oft.																																
TERAPIA	T.RESPIRATORIA																																
	NEBULIZACION																																
	T.FISICA																																
	T.LENGUAJE																																
	T.OCUPACIONAL																																
	T.CARDIACA																																
	GLUCOMETRIA																																
	EKG																																
	OXIMETRIAS																																
	GASES																																
	CURACION																																

62486857

5007332

	OTROS SERVICIOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTAL
NEFROL.																																	
B. SANGRE																																	
OXIGENO	CANULA NASAL																																
	VENTURY																																
	HELONTIX																																
	OXIDO NITRICO																																
RADIOLOGIA																																	
ADMINISTRA	ADMINISTRADOR RESPONSABLE																																

PROCED QX/ENDOS Y/O	SOAT	FECHA	DESCRIPCION	GRUPO	VIA	POS/NOPOS

OBSERVACIONES:

MATERIAL DE OSTE. E INSUMOS ESPECIALES	SI		NO		REPORTADO	SI		NO		DEVOLUCION DE MEDICAMENTOS	SI		NO		PDTE
POS:		MIPRES:		VALOR COPAGO Y/O CUOTA RECU[illegible]C			INFORMACION DE COPAGO A			ANALISTA/ADMIN.					