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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 1114 2020	**C.D.P. No.:**	7	**Proceso al que pertenece:**	FINANCIERA - FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	UMHES LA VICTORIA

Nombre del Contratista: LUDY YICED HERNANDEZ LEON **C.C.** 52.899.096 **de:** BOGOTÁ

Fecha Inicio: 16 DE ENERO DE 2020 **Fecha Terminación incial:** 15 DE JULIO DE 2020 **Valor Mensual:** $ 1.722.000 **Valor a cobrar:** $ 3.277.355

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 0	0		
2	$ 0	0		
3				
4				
5				
6				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 1.083.193	$ 314.200	8339727280/40245725
2	FEBRERO	$ 3.277.355	$ 291.100	8340519567
3				
4				
5				
6				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 10.332.000	$ 10.332.000	$ 4.360.548	$ 5.971.452

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 IIA, 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:** 2020-02-01 **Hasta:** 2020-02-29

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	1.Recepcionar, registrar y confirmar las ordenes de servicio,2. Verificar contra historia clinica que se encuentren registrados todos los procedimientos realizados, dentro de la factura,3.Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia frente a lo registrado por el personal de enfermeria,4.Registrar la información referente a la atención de los Recién Nacidos (talla, sexo, peso, etc.)5.Tramitar ante las EAPB las autorizaciones de las atenciones de las unidades de baja complejidad.6.Verificar y adjuntar los soportes de tecnologias no incluidas en el Plan de Beneficios, el reporte al ente respectivo (MIPRES)7.Adjuntar el soporte entregado por el área de autorizaciones de tramite según normatividad vigente para las EAPB y Aseguradoras.8.Egresar oportunamente los pacientes del sistema de información, una vez se notifique orden de salida por el área asistencial.9.Generar Orden de Salida en sistema de información, firmar y entregar al usuario.10.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente.11.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información y ante el área de tesoreria.12.Diligenciar la solicitud de crédito el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.13.Recibir e ingresar los abonos que realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.14 Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesoreria.15.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y	1. Confirmo los laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH. 2. Verifico contra historia clinica que se enontrara cobrados el 100% de los procedimientos realizados, en caso de faltantes se cargaron y facturaron. 3. Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia 4. Registro la información del Recien nacido, en el sistema Dinamica, en los casos requeridos. 5. Adjuntó lo soportes de las tecnologias no incluidas en el plan de beneficios y los respectivos soportes. 6. Adjuntó los soportes recibidos del parea de autorizaciones con el respectivo trámite realizado. 7. Verifico el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clinica y manuales tarifarios. 8. Egreso los pacientes de manera oportuna, en el momento de notificación de la salida por el servicio asistencial. 9. Generó la Orden de salida, realizó el proceso de firma por parte del usurio y entrego la copia al usuario para su salida. 10. Genero las factura y cargo las ordenes de servicio, de acuerdo a la normatividad vigente. 11. Recaudo los dineros correspondientes al copago o cuota de recuperación del usuario, realizó su legalización y entrega en los formatos correspondientes al área de Tesoreria. 12. Diligencio los formatos de crédito y valido la inforamción para la generación del correspondiente soporte. 13. Recaudo los abonos de los acuerdos de pago una vez generados. 14. Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y diligencio el libro de entrega al Área De Tesoreria. 15. Entrego las facturas generadas a diario al revisor de cuenta 100% soportadas y organizadas. 16. Realizo las correcciones pertinentes a las facturas devueltas dentro de las 48 horas siguientes a su recepción. 17.Realizo entrega del turno contra libro al funcionario que recibe reportando el 100% de las novedades que se presentaron 18. Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuento con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos. 19. Actualización los conceptos requeridos en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 20. Asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 21. Realizo las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que le fieron asignadas, relacionadas con el objero contractual contrato.

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. 52.899.096 **de** BOGOTÁ

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

Señor(es): LUDY YICED HERNANDEZ LEON
Nit: CC 52899096
Dirección: CR 3 A ESTE 37 A 18 SUR B.LA COLMENA
Teléfono: 3637723 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LUDY YICED HERNANDEZ L
Tipo y número de identificación	52899096
Número de radicación planilla	8340519567
Fecha de pago	2/7/2020
Número de autorización de pago	1000000275
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Enero 2020
Periodo cotización pensión	Enero 2020
Periodo cotización caja	Enero 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$291.100
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$23.000	1
230301	Porvenir	$150.500	1
EPS008	Compensar EPS	$117.600	1

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	LUDY YICED HERNANDEZ LEON	**NIT:**	52899096
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	enero 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	enero 2020
Número de Radicación:	8340519567	**Total a pagar:**	$291,100
Fecha de vencimiento:	24/02/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	07/02/2020	**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 en Cajas
Banco:	1001	**Número Autorización:**	1000000275
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$23,000
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$150,500
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$117,600
						$291,100

***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