6935

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 6935 2020 **C.D.P. No.:** 3732 **Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** #¡REF!

**Nombre del Contratista:** ANGEE CAROLINA MAZO BARRERA **C.C.** 1.024.488.774 **de:** BOGOTÁ

**Fecha Inicio:** 12 DE NOVIEMBRE DE 2020 **Fecha Terminación incial:** 15 DE ENERO DE 2021 **Valor Mensual:** $ 1.499.000 **Valor a cobrar:** $ 0

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 649.567 | | 2020-11-01 | 2020-1115 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | NOVIEMBRE | $ 399.733 | $ 0 | NUEVA |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |

**Resumen de contrato**

| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|
| $ 3.147.900 | $ 3.797.467 | $ 399.733 | $ 3.397.734 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO DE ACUERDO A SU PERFIL ACADEMICO PARA LA EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES EN EL PROCESO DE LA DIRECCIÓN FINANCIERA EN EL AREA DE FACTURACIÓN DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA MISMA.

**Relación de actividades para el periodo:** **Desde:** 2020-11-23 **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 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.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 23 Noviembre al 25 de Noviembre , realizo 3 jornadas, se agendaron 8 citas, se generaron 19 facturas por valor de $ 285.000 , se realizaron recibos caja por valor de $ 41,500 , se ajustaron 5 facturas anuladas, se anexan1 folio 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

**Firma del Contratista**

**C.C.** 1.024.488.774 **de** BOGOTÁ

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

planilla
2 consecut

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

EPS | sura

No. U24698317

Fecha de radicación en dd/mm/aaaa: 19 11 2020

I. DATOS DEL TRAMITE

1. Tipo de Tramite: A. Afiliación X B. Traslado de Novedades

2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante X B. Beneficiario C. Cotizante o Cabeza de Familia D. Cotizante Dependiente E. Beneficiario Afiliado Adicional F. Independiente G. Pensionado H. Aportante I. Independiente

3. Régimen: A. Contributivo

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante X B. Cónyuge o compañero(a) permanente C. Beneficiario

5. Código Tipo de Cotizante (revisar la tabla de codigos que se encuentra en instructivo de diligenciamiento)

Código Tipo de Pensionado

II. AFILIACION

6. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACION (del cotizante o cabeza de familia)

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 7. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|
| MAZO | BARRERA | ANGEL | CAROLINA | CC |

| 8. No. de documento de identidad | 9. Sexo | 10. Fecha de nacimiento | Estado civil | EPS anterior |
|---|---|---|---|---|
| 1024488774 | Femenino X Masculino | 21 02 1989 | SOLTERA | SANITAS |

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

11. Etnia

12. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P

13. Puntaje S.I.S.B.E.N.

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: SURA

16. Administradora de Pensiones: PORVENIR

17. Ingreso base de cotización - IBC: $1 877 803

| 18. Residencia Dirección | Teléfono fijo | Teléfono Celular | Correo electrónico |
|---|---|---|---|
| CRA 65 # 67-44 - SUR | 9407866 | 3128948402 | acarolinaOZZI@gmail.com |

| Municipio/Distrito | Zona | Localidad/Comuna | Departamento | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| BOGOTA D.C | Urbana X Rural | | BOGOTA D.C | |

IV. DATOS DE IDENTIFICACION DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

| | 19. Apellidos y nombres: Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre | 20. Tipo de doc |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |

| | 21. No. de documento de identidad | 22. Sexo Femenino Masculino | 23. Fecha de nacimiento | Dirección | Municipio/Distrito | Zona Urbana Rural | Departamento | Código IPS (a registrar por la EPS) | Teléfono fijo | Teléfono Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | |

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

| | Primer apellido | Segundo apellido | 24. Apellidos y nombres: Primer nombre | Segundo nombre | 25. Tipo de doc | 26. Número de documento de identidad | 27. Sexo | 28. Fecha de nacimiento | Correo electrónico |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |

| Datos complementarios | 29. Parentesco | 30. Etnia | 31. Discapacidad Tipo: F N M Condición: T P | 32. Valor de la UPC (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |

| 33. Datos de residencia | Dirección | Zona | Municipio / Distrito | Departamento | Teléfono Fijo | Celular |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | U R | | | | |
| 02 | | U R | | | | |
| 03 | | U R | | | | |
| 04 | | U R | | | | |
| 05 | | U R | | | | |

| 34. Sección de la IPS Primaria | Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| 01 | | |
| 02 | | |
| 03 | | |
| 04 | | |
| 05 | | |

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

| 35. Razón social o apellidos y nombres | 36. Tipo de doc. | 37. Número de documento de identificación | 38. Tipo de aportante (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| | | | |

| 39. Dirección | Barrio | Teléfono | Correo electrónico | Municipio/Distrito | Departamento |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

EPS SURA

Escaneado con CamScanner

Secretaria de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

# ESTADISTICO DE FACTURACION X USUARIO - DETALLADO

**Desde : 25/10/2020 11:59:00 p. m.  Hasta : 25/11/2020 11:59:00 p. m.**

| FACTURA | FECHA | PACIENTE | DOCUMENTO | TOT_SER | CTA_REC | VAL_REC | VAL_PAG | VAL_TOT | REC CAJA | VALOR | LETRA | VALOR | SALDO | CREDIT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1024488774 ANGEE CAROLINA MAZO BARRERA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **15000** | | **FACTURACION TRIAGE Y POP** | | | | | | | | | | | | |
| 30000000176287 | 25/11/2020 | CALDERON JOSE EDGAR | 79280495 | | | | | | | | | | | |
| **TOTALES : FACTURACION TRIAGE Y POP** | | | | 1 | | | | | | | | | | |
| **RS114** | | **EN LIQUIDACION - UNICAJAS EPS-S** | | | | | | | | | | | | |
| SSCO00070139312 | 25/11/2020 | GARZON CALDERON CARL | 19197985 | 41.500 | | | | 41.500 | | | | | | |
| **TOTALES : EN LIQUIDACION - UNICAJAS EPS-S** | | | | 1 | **41.500** | | | | **41.500** | | | | | |
| **RS200** | | **P Y D CAPITAL SALUD EPS-S** | | | | | | | | | | | | |
| 30000000177421 | 25/11/2020 | CADENA CARDENAS MARI | 1235249643 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| 30000000177596 | 25/11/2020 | BONILLA ANDRADE ANA M | 1010000196 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| 30000000177641 | 25/11/2020 | OBANDO RAMIREZ MARTH | 52531959 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| 30000000177734 | 25/11/2020 | ROJAS BURGOS DIANA CA | 1023969186 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| 30000000177776 | 25/11/2020 | GONZALEZ RIVERA MART | 32779747 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| 30000000177846 | 25/11/2020 | FUENTES REYES ANA DOL | 41665261 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| 30000000177925 | 25/11/2020 | BETANCOURT SANCHEZ J | 1026261508 | 19.700 | | | | | | | | | | |
| **TOTALES : P Y D CAPITAL SALUD EPS-S** | | | | 7 | **137.900** | | | | | | | | | |
| **RS202** | | **PGP CAPITAL SALUD EPS** | | | | | | | | | | | | |
| 30000000173025 | 24/11/2020 | NUÑEZ MARTINEZ MARIA | 1026305343 | | | | | | | | | | | |
| 30000000173139 | 24/11/2020 | CAUCALI MARTINEZ MARI | 51642692 | | | | | | | | | | | |
| 30000000173329 | 24/11/2020 | HERNANDEZ ROJAS ANGIE | 1026300614 | | | | | | | | | | | |
| 30000000173407 | 24/11/2020 | TRIVIÑO VELANDIA ANA LI | 52884485 | | | | | | | | | | | |
| 30000000173466 | 24/11/2020 | GUTIERREZ GAONA SAND | 52382484 | | | | | | | | | | | |
| 30000000173518 | 24/11/2020 | YARA TIQUE LUZ MARINA | 52219711 | | | | | | | | | | | |
| 30000000175551 | 25/11/2020 | ENCISO BLANCA SANDOV | 28598636 | 48.500 | | | | | | | | | | |
| 30000000175564 | 25/11/2020 | ENCISO BLANCA SANDOV | 28598636 | 36.000 | | | | | | | | | | |
| 30000000177510 | 25/11/2020 | PEÑA QUINTERO MARIA EL | 52197524 | 21.100 | | | | | | | | | | |
| 30000000178665 | 25/11/2020 | MENDEZ CLAVIJO ROSA M | 41685508 | | | | | | | | | | | |
| **TOTALES : PGP CAPITAL SALUD EPS** | | | | 10 | **105.600** | | | | | | | | | |
| **Totales : ANGEE CAROLINA MAZO BARRERA** | | | | 19 | **285.000** | | | | **41.500** | | | | | |
| **Totales del Reporte :** | | | | 19 | 285.000 | | | | 41.500 | | | | | 0,00 |

23 NOV

5

8