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 6937 2020	**C.D.P. No.:** 3732	**Proceso al que pertenece:** FINANCIERA - FACTURACION
			Unidad a la que pertenece: #¡REF!
Nombre del Contratista:	ALISON XIMENA MEDINA CORTES	**C.C.** 1.030.676.853	**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:** $ 649.567

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 649.567		2020-11-01	2020-11-15
2				
3				
4				
5				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	NOVIEMBRE	$ 649.567	$ 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	$ 649.567	$ 3.147.900

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 FACTURACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. CON DISPONIBILIDAD EN CUMPLIMIENTO DE LA MISIÓN Y LA VISION DE LA MISMA.

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2020-11-18 **Hasta:** 2020-11-30

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO	
	ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	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 19 Noviembre al 25 de Noviembre , realizo 5 jornadas, se agendaron 91 citas, se generaron 110 facturas por valor de $5.381.700 , se ajustaron 13 facturas anuladas. se anexan 1 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. 1.030.676.853 **de** BOGOTÁ

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

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

* 0 6 2 9 1 5 4 4 0 *

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Colectivo: C. Institucional D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [X]
Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Medina Segundo Apellido: Cortes Primer Nombre: Alison Segundo Nombre: Ximena
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1.030.676.853
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: D D 1 4 M M 0 3 A A 1 4 A A 1 7
11. Etnia: [ ]
12. Discapacidad: [ ] Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN: [ ]
14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Sura
16. Administradora de pensiones: Proteccion
17. Ingreso base de cotización - IBC: $877.803
18. Residencia: Dirección: Carrera 95A # 26-38 sur Teléfono fijo: [ ] Zona: Urbana [ ] Rural [ ] Departamento: Cundinamarca Municipio: Bogotá D.C
Teléfono celular: 3044627768
Correo electrónico: alisson0524@hotmail.com

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO 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 documento de identidad:
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia
B1				D D M M A A A A		
B2				D D M M A A A A		
B3				D D M M A A A A		
B4				D D M M A A A A		
B5				D D M M A A A A		

Datos complementarios

	31. Discapacidad: Tipo F / N / M / T / P — Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Bogotá D.C — Cundinamarca — 3044627768

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Colsubsidio Chicala	
B		
B		
B		
B		

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

35. Nombre o razón social: Alison Ximena Medina
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 1.030.676.853
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: Carrera 95A # 26-38 sur 3044627768 alisson0524@hotmail.com Bogotá D.C Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código: [ ] 6. Reversación de la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Misma Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
42. Fecha novedad: D D M M A A A A
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código:
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total:
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DAS1656 Famisanar 17 NOV 2020

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Nombres:
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
OBSERVACIONES: Independiente
71. Firma del funcionario

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- 1a. COPIA: EMPLEADOR O ENTE TERRITORIAL -

VIGILADO Supersalud

03/04/2019

00000000169746	23/11/2020	ZAMBRANO GOMEZ ERNES	17108420	16.700													
00000000170339	24/11/2020	CLARO GAONA KELI YOJA	1232404244	227.700													
00000000170373	24/11/2020	MORA OLAYA PAOLA AND	1021312968	98.500													
00000000170655	24/11/2020	MENESES MURCIA SHARIC	1033828368	360.400													
00000000171203	24/11/2020	PINILLA GUSTAVO	375677	227.100													
00000000171226	24/11/2020	PINILLA GUSTAVO	375677	5.500													
00000000171286	24/11/2020	TRIVIÑO DE BAUTISTA MA	20306141	126.100													
00000000171358	24/11/2020	OLIVEROS ASTAIZA MARIA	1110589916	50.700													
00000000171641	24/11/2020	GARCIA CASALLAS CARLO	79544665	245.300													
00000000174333	24/11/2020	RINCON CARO ARQUIMEDE	79267927	31.800													
00000000175207	25/11/2020	PARADA PEREZ ALVARO	386270	26.300													
00000000175213	25/11/2020	BEDOYA SEPULVEDA TER	52382615	26.300													
00000000175314	25/11/2020	DUARTE ROMERO LEIDY JH	1013642970	71.600													
00000000175358	25/11/2020	GUTIERREZ SUAREZ TANIA	1023970122	26.300													
00000000175649	25/11/2020	CARLOS ROMERO SILVIO E	8718764	72.600													
00000000175706	25/11/2020	CORTES SALAZAR SALOME	1016739014	26.300													
00000000175839	25/11/2020	SALGADO DURAN YULY AL	1033801248	118.200													
00000000176512	25/11/2020	SIERRA CHITIVA BRIZED LU	52439812	26.300													
00000000176552	25/11/2020	VILLA CHIPATECUA KAREN	1013593461	26.300													
00000000176580	25/11/2020	VILLA CHIPATECUA LAURA	1013619713	26.300													
00000000176775	25/11/2020	PARRA CALLEJAS ALBA LU	38264376	26.300													
00000000176796	25/11/2020	SANCHEZ ORTIZ FRANCY C	52020575	26.300													
00000000178243	25/11/2020	PORRAS HUERFANO LAUR	1013590424	26.300													
00000000178267	25/11/2020	ARENAS PEREZ MARIA FER	51970955	26.300													
00000000178303	25/11/2020	TORRES CAICEDO FRANCIS	6484789	26.300													
00000000178414	25/11/2020	QUINTERO GALLO WILDER	1023949038	47.600													
00000000178562	25/11/2020	FLOREZ DE URREGO MARI	41315988	26.300													
00000000178581	25/11/2020	HERRERA HERRERA CLA	39645350	26.300													
00000000178689	25/11/2020	MORENO DE RAMOS ALICI	20321584	33.400													
00000000178962	25/11/2020	CARDENAS CASALLAS CLA	1013615082	20.400													
		TOTALES : PGP CAPITAL SALUD EPS		**86**	**4.691.200**												
RS206		**EVENTO CAPITAL SALUD EPSS**															
SSCO000701362	24/11/2020	FONSECA FORERO FLOR M	51792188	44.600								44.600					
SSCO000701368	24/11/2020	MORALES CORDERO ALEID	63333195	44.600								44.600					
SSCO000701369	24/11/2020	CASTELBLANCO ALVAREZ I	51840153	44.600								44.600					
		TOTALES : EVENTO CAPITAL SALUD EPSS		**3**	**133.800**							**133.800**					
		Totales : ALISON XIMENA MEDINA CORTES		**110**	**5.381.700**							**172.800**					
		Totales del Reporte :		110	5.381.700							172.800					0,00

13
91