	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 31/05/2021
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

MAYO 2021

AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion					UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL		
No. DE CONTRATO: 1028 de 2020	Actividades Ejecutadas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO: 80256454		1	5	2021	31	5	2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOSE ALEXANDER CAMACHO RODRIGUEZ

OBJETO DEL CONTRATO: FACTURADOR DE CUENTAS MÉDICAS

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	facturacion de 40 cuentas Hospitalarias
2	recepción, organización, verificación de soportes recibidos y alimentación de cuentas.
3	revisión, analisis y cargue de procedimientos, consultas y atenciones a las cuentas.
4	impresión de facturas, armado, pegado de todos los soportes a las cuentas hospitalarias.
5	alistamiento para la radicación a la Dirección General de Sanidad Militar
6	
7	

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON NUVECIENTOS MIL PESOS ($1,900,000)

OPS.: Jose alexander camacho Rodriguez
c.c.80256454

Revisó. Sandra Herrera Peña
Auditor Cuentas Medicas

DRA, MARTA EDY ARIZA MATEUS
JEFE UNIDAD DE SEGURIDAD Y DEFENSA
UNIDAD DE CUENTAS HOSPITALARIAS Y FACTURACIÓN

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	80256454	JOSE ALEXANDER CAMACHO RODRIGUEZ	CR 16 A 33 12 SUR	3661824	ca12ca12@hotmail.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	
2021-04	2021-04	I	18/05/2021	50265947	$135.800	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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

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										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	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	113.600	113.600
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	135.800	135.800

PAGADA

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	80256454	JOSE ALEXANDER CAMACHO RODRIGUEZ	CR 16 A 33 12 SUR	3661824	ca12ca12@hotmail.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	
2021-04	2021-04	I	18/05/2021	50265947	$135.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Extranjero no obl.	Ing.	Ret.	T.D.	T.A.	S.L.N.	I.G.E.	L.M.A.	V.S.P.	V.S.T.	S.N.	I.R.P.	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 riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	80256454	CAMACHO RODRIGUEZ JOSE ALEXANDER	57	2			N														0	0	0	0	0	0	EPS008	908.526	113.600	14-25	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CP-365707

seguros de vida alfa s.a.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

NIT 860503617-3

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **CAMACHO RODRIGUEZ JOSE ALEXANDER** identificado(a) con **CÉDULA** No.**80256454** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **INVALIDEZ**, expedida en el mes de **Diciembre** de **2009** .

Actualmente, **CAMACHO RODRIGUEZ JOSE ALEXANDER** tiene derecho a recibir **NOVECIENTOS Y OCHO MIL QUINIENTOS VEINTISEIS PESOS($908,526.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **14** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 17 días del mes de Mayo del año 2021

Dirección de Rentas Vitalicias.

Renta:72810

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******