| | | |
|---|---|---|
| | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS** | FECHA: 30/09/2021 |
| | **UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION** | |

## CUENTA DE COBRO MES : SEPTIEMBRE DE 2021

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion** | | | | | **UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL** | | |
| **No. DE CONTRATO: 0988-2020** | **Actividades Ejecutadas** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| **DOCUMENTO: 1.032.367.364** | | 1 | 09 | 2021 | 30 | 09 | 2021 |

**NOMBRE DEL CONTRATISTA: Ramirez Sanchez Diana Maria**

**OBJETO DEL CONTRATO: Revisor de cuentas médicas**

**AREA DE SERVICIO: Sociedades Médicas**

### ACTIVIDADES REALIZADAS

| | |
|---|---|
| 1 | Realizar actividades de seguimiento y revisión a las cuentas médicas sobre procesos administrativos prioritarios para garantizar la calidad tecnica |
| 2 | Participacion activa en los procesos de facturacion y seguimiento técnico para el mejoramiento continuo del área |
| 3 | Realizar seguimiento a la base de datos que contiene la asignacion de ingresos y egresos de acuerdo a las cuentas asignadas por la jefatura de la Unidad |
| 4 | Desarrollar acciones para articular los procesos y procedimientos de la Unidad y trabajar en equipo con el Auditor, organizadores y analistas lo relacionado con la facturacion del área asignada |
| 5 | Realizar actividades pre revisoria administrativa a los informes de produccion presentadas por las Sociedades para garantizar la calidad de la facturación, dicha revisoria se realiza dentro de los parametros que establezca la de la Unidad de cuetas medicas, teniendo en cuenta el convenio de la DGSM y sus anexos. |
| 6 | Realizar seguimiento a los ajustes revisados a la revisoria de cuentas y generar las acciones de mejora que corresponda |
| 7 | Realizar seguimiento permanente al proceso de facturacion del área asignada y concertar con el reesponsable directo, los ajustes necesarios |
| 8 | Realizar informes del área asignada verificando la confiabilidad de los datos |
| 9 | Cumplir con el diligenciamiento, y seguimiento a planillas de novedades y control del area asignada de facturación |
| 10 | Realizar el seguimiento semanal a metas de cumplimiento de productividad del area asignada en el proceso de facturación. |
| 11 | Cargar las actividades relacionadas a la facturación en el sistema de información implementando mecanismos de control para la disminución de glosas |
| 12 | Socializar y capacitar a los involucrados en el proceso de facturación según las necesidades |
| 13 | Asistir a las reuniones programadas para seguimiento de ejecucion (productividad) |
| 14 | Y todas las demas inherentes al contrato |
| 15 | |

**TOTAL A PAGAR ($ 2,599,000 ):Dos millones quinientos noventa y nueve mil pesos.**

**OBSERVACIONES:**

OPS.: **Diana Maria Ramirez Sanchez**
C.C. 1.032.367.364

**Aprobó. Mauricio Alejandro Rodriguez Tovar**
Auditor Financiero
Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación

**Aprobó. Dra. Marta Edy Ariza Mateus**
Jefe Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion
Unidad 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 | 1032367364 | DIANA MARIA RAMIREZ SANCHEZ | | CALLE 84 A BIS NRO 86-16 | 2238028 | dianaramirez690@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 | |
| 2021-08 | 2021-08 | I | 03/09/2021 | 83035619 | $328.100 | |

## 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 | 130.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 130.000 | 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 | 166.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 166.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 25.400 | | | | 25.400 | 0 | 0 | 25.400 | | | 254 | 25.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 6.300 | 0 | 0 | 6.300 | 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 | 130.000 | 130.000 |
| Pensión | 1 | 166.400 | 166.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 25.400 | 25.400 |
| CCF | 1 | 6.300 | 6.300 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 328.100 | 328.100 |

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 | 1032367384 | DIANA MARIA RAMIREZ SANCHEZ | CALLE 84 A BIS NRO 86-16 | 2238029 | dianaramirez690@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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2021-08 | 2021-08 | I | 03/09/2021 | 53036819 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $328 100 | |

## ETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | IRG | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | 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 |
| CC | 1032367384 | RAMIREZ SANCHEZ DIANA MARIA | 59 | D | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 1.039.600 | 166.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.039.600 | 130.000 | 14-25 | 1.039.600 | 3 | 25.400 | CCF24 | 1.039.600 | 6.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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