	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 28/02/2019
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES : FEBRERO DE 2019

AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion			**UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL**				
No. DE CONTRATO: 976/2018	**Actividades Ejecutadas**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 79,397,738		**1**	**02**	**2019**	**28**	**2**	**2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: HENRY ALEXANDER ROBAYO PARRA

OBJETO DEL CONTRATO: REVISOR DE CUENTAS MEDICAS

AREA DE SERVICIO: FACTURACIÓN - EAPB

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 por cada facturador 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 trabajr en equipo con el Auditor, facturador, organizadores y analistas lo relacionado con la facturacion del área asignada
5	Realizar actividades pre revisoria administrativa a las cuentas medicas sobre procesos prioritarios 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, los contratos con la EAPB y la aplicacion de la normatividad vigente para las atenciones que se deriven por urgencias.
6	Realizar seguimiento a los ajustes revisados a la revisoria de cuentas y generar las acciones de mejora en conjunto con el facturador que corresponda
7	Realizar seguimiento permanente al proceso de facturacion del área asignada y concertar con el responsable 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, cuentas medicas y glosas
11	Soportar y registrar la respuesta de las objeciones presentadas a la facturación en el sistema de informaciónimplementando mecanismos de control para la disminución de las mismas
12	Socializar y capacitar a los involucrados en el proceso de facturación según las necesidades
13	Y las demas inherentes al cargo

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.450.000 DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE

OBSERVACIONES:

OPS: HENRY ALEXANDER ROBAYO PARRA
C.C 79.397.738

Aprobó. Dra. Marta Eddy Ariza Mateus
Jefe Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturacion.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79397738
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			HENRY ALEXANDER ROBA ROBAYO PARRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 9 A N17-59 SUR APT 403	TELÉFONO:	4087079
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5153787193**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		4			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/02/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0178259844

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 157.300
SUBTOTAL:			1	**$ 157.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 122.900
SUBTOTAL:			1	**$ 122.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 24.000
SUBTOTAL:			1	**$ 24.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 304.200**