2019

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA **C.C.** 1.013.650.609 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-01-31 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 987.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 987.000	$ 7.473.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

fabian Giraldo.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Telefono: 7585646
Correo: SAS.HARD06@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8324497694

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
Tipo y número de identificación	CC1013650609
Número de planilla	8324497694
Fecha pago	2018-01-04
Número de autorización pago	1000000720
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	228400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	18000	1
230301	Porvenir	118100	1
EPS005	Sanitas EPS	92300	1

PAGADA 8324497694

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	738000	738000	738000	0	92300	0	118100	0	18000	0

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

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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA
Nombre del Contratista:	JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA	C.C.	1.013.650.609	de:	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-02-01	Fecha Terminación incial:	2018-02-28	Valor Mensual:	$ 1.410.000
Valor a cobrar:	$ 1.410.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 2.397.000	$ 6.063.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-02-01 Hasta: 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizacion y/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractual que el supervisor del contrato asigne	

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

Fabian Giraldo.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC 1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Teléfono: 7585646 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325094815

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar miplanilla.com

Nombre	jose fabian giraldo heredia
Tipo y Número de Identificación	CC 1013650609
Número Planilla	8325094815
Fecha de Pago	2/9/2018
Número de Autorización de Pago	1000000359
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.800
Total Interes Mora	$1.000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
230301	Porvenir	$125.500	1
EPS005	Sanitas EPS	$98.100	1

TIPO DOC. CC
NO. DOCUMENTO 1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES GIRALDO HEREDIA JOSE FABIAN

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

eCENSO NACIONAL
DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2018 · COLOMBIA

GOBIERNO DE COLOMBIA

DANE INFORMACIÓN ESTRATÉGICA

Código de diligenciamiento:
900785539

EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA -DANE-

Hace constar que el hogar conformado por:

JOSE DE JESUS HEREDIA MASMELA Cédula de ciudadanía 118498,
JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA Cédula de ciudadanía 1013650609,
GLADYS ALCIRA HEREDIA DE FELIPE Cédula de ciudadanía 35314400,
LAURA CATALINA MENDEZ PEREZ Cédula de ciudadanía 1030674195,
JOSE DAMIAN GIRALDO MENDEZ Registro civil de nacimiento 1025558215

Se ha eCensado

Fecha de expedición: 23 de febrero de 2018

Mauricio Perfetti del Corral
Director

eCENSO NACIONAL
DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2018 · COLOMBIA

CONFIGURE SU PÁGINA
X Cerrar

()

SALIR (https://ecenso.dane.gov.co/login/salir)

Inicio (https://ecenso.dane.gov.co/inicio) / Constancia

Código de Diligenciamiento:

900785539

Letra grande

Apreciado **Jose Fabian Giraldo Heredia**

Gracias por su participación en la construcción del Primer Censo Electrónico de Población y Vivienda del País. Con ello ha contribuido en la construcción de un país moderno e incluyente.

Color de fondo

VER CONSTANCIA DE DILIGENCIAMIENTO >

Tenga en cuenta que con el código de diligenciamiento que aparece en la constancia (o el número de documento del jefe(a) de hogar) usted podrá evidenciar que su hogar fue eCensado.

Para guardar o imprimir la constancia tendrá distintas alternativas.

Restaurar a configuracion inicial

1: **Hacer clic izquierdo sobre la imagen** y seleccionar la opción de **guardar como página web completa**.

2. **Hacer clic izquierdo sobre la imagen** y seleccionar la opción **«imprimir»**.

3. **Hacer clic izquierdo sobre la imagen** y seleccione la opción **«imprimir»**; luego seleccionar la opción **"Guardar"**.

CONFIGURE SU PÁGINA

X Cerrar

4. **Tomar un pantallazo** con la tecla **«Impr Pant»** y guardar como imagen.

CONTÁCTENOS
(https://dane.agenti.com.co/chate/)

L.S.C

Letra grande

Color de fondo

Restaurar a configuracion inicial

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA	**C.C.**	1.013.650.609	**de:**	BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-03-01	**Fecha Terminación incial:**	2018-03-31	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000
Valor a cobrar:	$ 1.410.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 3.807.000	$ 4.653.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-03-01 **Hasta:** 2018-03-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC 1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Teléfono: 7585646 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325718878

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	jose fabian giraldo heredia
Tipo y Numero de Identificación	CC 1013650609
Número Planilla	8325718878
Fecha de Pago	3/7/2018
Número de Autorización de Pago	1000000406
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Marzo 2018
Periodo Cotización Pensión	Marzo 2018
Periodo Cotización Caja	Marzo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$242.300
Total Interes Mora	$500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.200	1
230301	Porvenir	$125.200	1
EPS005	Sanitas EPS	$97.900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES GIRALDO HEREDIA JOSE FABIAN

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION , AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2019 2018 **C.D.P. No.:** 5

Proceso al que pertenece: AUTORIZACIONES

Unidad a la que pertenece: SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA **C.C.** 1.013.650.609 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-04-01 **Fecha Terminación incial:** 2018-04-30 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 5.217.000	$ 3.243.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-04-01 **Hasta:** 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	jose fabian giraldo heredia	**Nit:**	1013650609
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2018
Número de radicación:	8326356732	**Total a pagar:**	$242,100
Fecha de vencimiento:	04/04/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	05/04/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1001	**Número de aprobación:**	1000000044
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$19,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$125,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$97,800
						$242,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 8326356732, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara Acerca de los certificados SSL

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA	C.C.	1.013.650.609	de:	BOGOTA

Fecha Inicio:	2018-07-01	Fecha Terminación incial:	2018-07-31	Valor Mensual:	$ 1.410.000

Valor a cobrar: $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	$ 1.410.000	5	2018-07-09	2018-08-09
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 242.500	8327029355
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327697828
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328321130
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 9.870.000	$ 9.447.000	$ 423.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-07-01 Hasta: 2018-07-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo

Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC 1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Teléfono: 7585646 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328321130

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	iose fabian giraldo heredia
Tipo y Número de Identificación	CC 1013650609
Número Planilla	8328321130
Fecha de Pago	7/5/2018
Número de Autorización de Pago	1000000153
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES GIRALDO HEREDIA JOSE FABIAN

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA C.C. 1.013.650.609 de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-08-01 Fecha Terminación incial: 2018-08-31 Valor Mensual: $ 1.410.000 Valor a cobrar: $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	$ 1.410.000	5	2018-07-09	2018-08-09
8	$ 1.410.000	5	2018-08-10	2018-09-09
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 242.500	8327029355
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327697828
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328321130
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328967754
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 11.280.000	$ 10.857.000	$ 423.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-08-01 Hasta: 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion;	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC 1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Teléfono: 7585646 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328967754

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	lose fabian giraldo heredia
Tipo y Número de Identificación	CC 1013650609
Número Planilla	8328967754
Fecha de Pago	8/3/2018
Número de Autorización de Pago	1000000405
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241,800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES GIRALDO HEREDIA JOSE FABIAN

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

La persona identificada con CC-1013650609 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar



Confirmar imagen *

CONSULTAR

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA **C.C.** 1.013.650.609 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-10-01 **Fecha Terminación incial:** 2018-10-31 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.773.840

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	$ 1.410.000	5	2018-07-09	2018-08-09
8	$ 1.410.000	5	2018-08-10	2018-09-09
9	$ 1.410.000	5	2018-09-10	2018-10-09
10	$ 165.000	5	2018-10-10	2018-10-12
11	$ 1.608.840	5	2018-10-13	2018-11-09
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 242.500	8327029355
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327697828
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328321130
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328967754
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329638930
10	OCTUBRE	$ 1.773.840	$ 241.800	8329638930
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 14.463.840	$ 14.040.840	$ 423.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo

Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Telefono: 7585646
Correo: SAS.HARD06@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329638930

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
Tipo y número de identificación	CC1013650609
Número de planilla	8329638930
Fecha pago	2018-09-17
Número de autorización pago	1000000002
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA 8329638930

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
EPS005	Sanitas EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

2019

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA **C.C.** 1.013.650.609 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-11-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-12-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	$ 1.410.000	5	2018-07-09	2018-08-09
8	$ 1.410.000	5	2018-08-10	2018-09-09
9	$ 1.410.000	5	2018-09-10	2018-10-09
10	$ 165.000	5	2018-10-10	2018-10-12
11	$ 1.608.840	5	2018-10-13	2018-11-09
12	$ 407.239	5	2018-11-10	2018-12-09
13	$ 1.002.761	5	2018-11-10	2018-12-09
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 242.500	8327029355
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327697828
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328321130
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328967754
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329638930
10	OCTUBRE	$ 1.773.840	$ 241.800	8329638930
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8330728667
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 15.873.840	$ 15.450.840	$ 423.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-11-01 **Hasta:** 2018-11-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Señor(a): JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA
No. Identificación: CC 1013650609
Dirección: CLL16SUR NO.29A-78
Teléfono: 7585646 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330728667

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	jose fabian giraldo heredia
Tipo y Número de Identificación	CC 1013650609
Número Planilla	8330728667
Fecha de Pago	11/2/2018
Número de Autorización de Pago	1000000632
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Octubre 2018
Periodo Cotización Pensión	Octubre 2018
Periodo Cotización Caja	Octubre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241,800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$97.700	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	1013650609
APELLIDOS Y NOMBRES	GIRALDO HEREDIA JOSE FABIAN

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2019 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA **C.C.** 1.013.650.609 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-12-10 **Fecha Terminación incial:** 2019-01-15 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	$ 1.410.000	5	2018-07-09	2018-08-09
8	$ 1.410.000	5	2018-08-10	2018-09-09
9	$ 1.410.000	5	2018-09-10	2018-10-09
10	$ 165.000	5	2018-10-10	2018-10-12
11	$ 1.608.840	5	2018-10-13	2018-11-09
12	$ 407.239	5	2018-11-10	2018-12-09
13	$ 1.002.761	5	2018-11-10	2018-12-09
14	$ 1.692.000	5	2018-12-10	2019-01-09
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 242.500	8327029355
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327697828
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328321130
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328967754
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329638930
10	OCTUBRE	$ 1.773.840	$ 241.800	8329638930
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8330728667
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 242.100	8331341513
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 17.565.840	$ 16.860.840	$ 705.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-12-01 **Hasta:** 2018-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabian Giraldo.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	jose fabian giraldo heredia	**Nit:**	1013650609
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Noviembre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Noviembre 2018
Número de radicación:	8331341513	**Total a pagar:**	$242,100
Fecha de vencimiento:	05/12/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	06/12/2018	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1001	**Número de aprobación:**	1000000658
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$19,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$125,100
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$97,800
						$242,100

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 8331341513, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. Acerca de los certificados SSL ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1