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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5110 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA **C.C.** 1.023.869.446 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.134.000

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	JULIO – 2018	$ 1.134.000	$ 244.000	8328841248
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
$ 1.620.000	$ 1.620.000	$ 1.134.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-07-10 **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
	• Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	• Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción.
	• Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	• Apoyar y realizar el cargue de información en el sistema de información DGH.NET y en bases de datos cuando se requiera conforme a las contingencias del área.
	• Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	• Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
	• Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	• Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
	• Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	• Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato
	• Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	
	• Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	
	• Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.	
	• Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	
	• Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	

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. 1.023.869.446 **de** BOGOTA

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

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	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA	CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I		28841248	$244.100

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	97.700	0		0		0	12	900	0	98.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporta FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	12	1.200	0	126.200	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19.100				19.100	12	200	19.300			191	19.300	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	97.700	98.600
Pensión	1	125.000	126.200
Riesgos Laborales	1	19.100	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	244.100

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	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA		CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I		28841248	$244.100

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	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
1	CC	1023869446	FORIGUA ACOSTA ANDREA LILIANA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS002	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:78405508
NUM REFERENCIA:00000083288841248
NUM IDENTIFICACION:1023869446
PERIODO: 2018-07
FECHA EFECTIVA:2018-07-24
VALOR: 244.100
MAR24 JUL 18 10:29:19
205-07863304-135
770787-435936-544623-166260-45
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 1400 CLR 8948906
00185028-582193

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

5110

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5110 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA **C.C.** 1.023.869.446 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-07-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-08-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
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	JULIO – 2018	$ 1.134.000	$ 244.000	8328841248
2	AGOSTO – 2018	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
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
$ 1.620.000	$ 3.240.000	$ 2.754.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

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
	• Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	• Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción.
	• Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	• Apoyar y realizar el cargue de información en el sistema de información DGH.NET y en bases de datos cuando se requiera conforme a las contingencias del área.
	• Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	• Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
	• Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	• Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
	• Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	• Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato
	• Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	
	• Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	
	• Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.	
	• Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	
	• Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	

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

Liliana Forigua
Firma del Contratista

C.C. 1.023.869.446 **de** BOGOTA

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

6pm

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	1023900146	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA		CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	3087791	LILINEITA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	09/08/2018	29406168	$241.800

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	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	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

PAGADA
29406168

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

No Contrato
5110

SEGUROS BOLÍVAR

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-1023869446 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

kwefr

Confirmar imagen *

CONSULTAR

5110

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5110 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista:	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA			**C.C.**	1.023.869.446	**de:**	Bogotá
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-07-09	**Valor Mensual:**	$ 1.620.000	**Valor a cobrar:**	$ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 244.000	83288841248
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
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
$ 1.620.000	$ 4.860.000	$ 4.374.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-09-01 **Hasta:** 2018-09-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
	□Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios.	Se realiza cargue de ordenes de servicos 30 diarias
	•Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	•Apoyar y realizar el cargue de información en el sistema de información DGH.NET y en bases de datos cuando se requiera conforme a las contingencias del área.
	•Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	•Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
	•Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	•Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
	•Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	•Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato, se genera 388 facturas, anuladas 21 facturas
	•Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Se realiza acuerdos de pago y se verifica la información de los pacientes hospitalizados en la uniad
	•Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Se revisa la historia clinica y se realiza el cargue de la cuenta para su debida facturación se genera estado de cuenta y envia a pagar a caja
	•Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.	El servicio de hospitalizacion no recibe dineros
	•Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	El servicio de hospitalizacion no recibe dineros
	•Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Se entregan 388 facturas para su debida revisión yentrega al armado de cuentas

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

Andrea Liliana Forigua

Firma del Contratista

C.C. 1.023.869.446 de BOGOTA

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

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	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA	CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	09/08/2018	29406168	$241,800

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	97,700	0		0		0	0	0	0	97,700	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
230301	Porvenir	800224808-8	125,000	0	0	0	0	0	0		125,000	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19,100				19,100	0	0	19,100			191	19,100	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	97,700	97,700
Pensión	1	125,000	125,000
Riesgos Laborales	1	19,100	19,100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241,800	241,800

PAGADA
29406168

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	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA	CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	I	09/08/2018	29406168	$241.800

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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
1	CC	1023869446	FORIGUA ACOSTA ANDREA LILIANA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS002	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

5110

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

5110

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: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5110 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA **C.C.** 1.023.869.446 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-10
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	3520		
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	JULIO – 2018	$ 1.134.000	$ 244.000	8328841248
2	AGOSTO – 2018	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
3	SEP – 2018	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
4	OCT – 2018	$ 1.620.000	$ 243.300	30630008
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
$ 1.620.000	$ 6.480.000	$ 5.994.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

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
	•Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	Recepciono 1635 oredenes de servicio de laboratorio e imágenes diagnosticas y cargo en el sistema de informacion dgh.
	•Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	Verifico contra historia clinica que todos los preeedimientos realizados al paciente estuvieran cargados, y fotocopio soportes para soportes de facturas segun normatividad vigente
	•Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.
	•Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Ingreso y actualizo en el sistema de informacion a 276 pacientes
	•Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	Reviso que cada actividad realizada a los pacientes estuvieran registradas en el sistema de informacion y su valor fuera igual a los contratos vigentes y segun manual tarifario.
	•Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Digito cada rips de 476 facturas realizadas
	•Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Genero 476 facturas y 8 recibos de caja en el el sistema de informacion de acuerdo a la normatividad vigente
	•Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.	Realizo las correcciones pertinentes a 47 facturas devueltas por el analista
	•Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Recaudar dinero correspondiente a cuotas de recuperacion, recaudar los abonos a acuerdos de pagos una vez generados o de vigencias anteriores.
	•Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Realizo entrega dia a dia contra libro de tesoreria , de los recibos de cajas , boletin de caja, pagares

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. 1.023.869.446 **de** BOGOTA

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

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	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA	CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@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
					TOTAL A PAGAR	
2018-09	2018-09	I	17/10/2018	30630008	$243.300	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	97.700	0		0		0	7	600	0	98.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	7	700	0	125.700	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										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	19.100				19.100	7	200	19.300			191	19.300	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	97.700	98.300
Pensión	1	125.000	125.700
Riesgos Laborales	1	19.100	19.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	243.300

PAGADA
30630008

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA		CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	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	
2018-09	2018-09	I	17/10/2018	30630008	$243.300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Andino	Extranjero	Cotiza en exterior	Estudiante	ING	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	1023869446	FORIGUA ACOSTA ANDREA LILIANA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS002	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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 – GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5110 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA **C.C.** 1.023.869.446 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-10
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	2913		
5	$ 407.239	3634		
6	$ 1.212.761	3792		
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	JULIO – 2018	$ 1.134.000	$ 244.000	83288412 48
2	AGOSTO – 2018	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
3	SEP – 2018	$ 1.620.000	$ 243.300	30630008
4	OCT – 2018	$ 1.620.000	$ 241.800	31162605
5	NOV – 2018	$ 1.620.000	$ 241.800	31855414
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
$ 1.620.000	$ 8.100.000	$ 7.614.000	$ 486.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en le minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
	•Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	Recepciono 1350 oredenes de servicio de laboratorio e imágenes diagnosticas y cargo en el sistema de informacion dgh
	•Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	Verifico contra historia clinica que todos los precedimientos realizados al paciente estuvieran cargados, y fotocopio soportes para soportes de facturas segun normatividad vigente
	•Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.
	•Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Ingreso y actualizo en el sistema de informacion a 329 pacientes
	•Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	Reviso que cada actividad realizada a los pacientes estuvieran registradas en el sistema de informacion y su valor fuera igual a los contratos vigentes y segun manual tarifario,
	•Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Digito cada rips de 432 facturas realizadas
	•Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Genero 432 facturas y 17 recibos de caja en el el sistema de informacion de acuerdo a la normatividad vigente
	•Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.	Realizo las correcciones pertinentes a 51 facturas devueltas por el analista
	•Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Recaudar dinero correspondiente a cuotas de recuperacion, recaudar los abonos a acuerdos de pagos una vez generados o de vigencias anteriores.
	•Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Realizo entrega dia a dia contra libro de tesoreria , de los recibos de cajas , boletin de caja, pagares

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. 1.023.869.446 **de** BOGOTA

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

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	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA	CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@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
			2018/11/13	384989112	EMPLEADOS / UPC
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2018-10	2018-10	I	13/11/2018	31162605	$241.800

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	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										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	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	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

PAGADA
31162605

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
CC	1023869446	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA		CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	5687751	LILINEITA@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2018-10	2018-10	I	13/11/2018	31162605	TOTAL A PAGAR	
					$241.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
lo.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza en el exterior	Exonerado	Ing	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
1	CC	1023869446	FORIGUA ACOSTA ANDREA LILIANA	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS002	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

5110

5110

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: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5110 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA **C.C.** 1.023.869.446 **de:** Bogotá

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.620.000 **Valor a cobrar:** $ 1.620.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.620.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-10
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	2913		
5	$ 407.239	3634		
6	$ 1.212.761	3792		
7	$ 1.890.000	4017	2018-12-16	2018-01-15
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	JULIO	$ 1.134.000	$ 244.000	8328841248
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 241.800	29406168
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 243.300	30630008
4	OCTUBRE	$ 1.620.000	$ 241.800	31162605
5	NOVIEMBRE	$ 1.620.000	$ 241.800	31855414
6	DICIEMBRE	$ 1.620.000	$ 241.800	31855414
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
$ 1.620.000	$ 9.990.000	$ 9.234.000	$ 756.000

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO Y SOPORTE A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - FACTURADOR URGENCIAS

Relación de actividades para el período: **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
	•Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	Recepciono 1350 oredenes de servicio de laboratorio e imágenes diagnosticas y cargo en el sistema de informacion dgh.
	•Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta algún faltante.	Verifico contra historia clinica que todos los precedimientos realizados al paciente estuvieran cargados, y fotocopio soportes para soportes de facturas segun normatividad vigente
	•Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Reviso los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.
	•Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Ingreso y actualizo en el sistema de informacion a 329 pacientes
	•Generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente, dando prioridad en a los pacientes remitidos y fallecidos de los servicios de hospitalización en los horarios no hábiles.	Reviso que cada actividad realizada a los pacientes estuvieran registradas en el sistema de informacion y su valor fuera igual a los contratos vigentes y segun manual tarifario,
	•Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Digito cada rips de 432 facturas realizadas
	•Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Genero 432 facturas y 17 recibos de caja en el el sistema de informacion de acuerdo a la normatividad vigente
	•Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago.	Realizo las correcciones pertinentes a 51 facturas devueltas por el analista
	•Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Recaudar dinero correspondiente a cuotas de recuperacion, recaudar los abonos a acuerdos de pagos una vez generados o de vigencias anteriores.
	•Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Realizo entrega dia a dia contra libro de tesoreria , de los recibos de cajas , boletin de caja, pagares

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

Andrea Forigua

Firma del Contratista

C.C. 1.023.869.446 **de** BOGOTA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 2

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	1023869446-	ANDREA LILIANA FORIGUA ACOSTA	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐			11	2018	11	2018	31855414	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-7	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CR 7 ESTE # 31A 04 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	5687751		LILINEITA@GMAIL.COM	8511	0	1	2018/12/12	394596362

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	97.700	0		0		0	97.700	0	0	0	97.700	0		0	0	97.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0	125.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-7	8[illegible]	[illegible]		0	0	19.100

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0		[illegible]		0	191	19.100

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	
SALUD	
RIESGOS LABORALES	
CAJAS DE COMPENSACION	
OTRAS	
TOTAL	

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES		125.000
SALUD		97.700
RIESGOS LABORALES		19.100
CCF		0
SENA		0
ICBF		0
ESAP		0
MINISTERIO DE EDUCACION		0
GRAN TOTAL		[illegible]

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