	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 31/05/2019
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES : MAYO 2019

AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion					**UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL**		
No. DE CONTRATO: 924/2018	**Actividades Ejecutadas**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: 1022438303		**1**	**05**	**2019**	**31**	**5**	**2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Camila Andrea Zamora Peralta

OBJETO DEL CONTRATO: ORGANIZADOR DE CUENTAS MEDICAS

AREA DE SERVICIO:FACTURACION

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	Realizar recorrido por el area de urgencias y recorrer soportes de soat, pagares y ingresos
2	Bajar a diario censos por dinamica
3	realizar la verificacion de que ingresos tiene y compararlo con el censo
4	recibir soportes de las difrentes areas
5	filtrar soportes y relacionar para entregar a facturadores de urgencias
6	filtrar soportes y relacionar para entregar a facturadores de hospitalizados
7	entregar ingresos a el area de ginecologia y particulares
8	relacionar pagares y soat para entregar a particulares
9	empatar ingresos con los ingresos despapelados en historia clinica
10	despapelar a diario historias clinicas
11	relacionar formulas medicas para entregar
12	imprimir y sellar formatos de pagares y soat
13	ayudar en contigencias
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.150.000 = (UN MILLON CIENTO CINCUENTA MIL PESOS) M/CTE

OBSERVACIONES:

Camila Zamora
OPS. Camila Andrea Zamora Peralta
c.c.1022438303

Revisó. Orlando Marta
Revisor de Cuentas Medicas

Angelica Cuevas
Angelica Cuevas
Auditor de cuentas medicas

Aprobó. Doctora. Marta Lily Ariza Mateus
Jefe Unidad y Seguridad y Defensa
Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturación

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022438303
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CAMILA ANDREA ZAMORA PERALTA ZAMORA PERALTA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 34 C 17 B 57 SUR	TELÉFONO:	6000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5154335611**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		3			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0517393649

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.800
SUBTOTAL:			1	**$ 132.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 103.900
SUBTOTAL:			1	**$ 103.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 20.300
SUBTOTAL:			1	**$ 20.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 257.000**