	INFORME DE EJECUCION DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 30/06/2019
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES JUNIO DE 2019

No. DE CONTRATO: CONT.810/2018	Actividades Ejecutadas	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
DOCUMENTO:1.022.978.922		1	06	2019	30	6	2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOHANNA MARCELA RIVERA CASTAÑEDA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE GESTIÓN

AREA DE SERVICIO: RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	Conocer el sistema de información implementado por el HOSPITAL MILITAR CENTRAL.
2	Coordinar el archivo de documentación general del área, siguiendo la normativa institucional, afín de garantizar la conservación, acceso a la documentación e información de manera eficaz y la confidencialidad de la misma.
3	Utilizar instrumentos y seguir directrices establecidas para la elaboración de informe.
4	Gestionar la cuenta de cobro completa en los tiempos establecidos.
5	Participar activamente en las capacitaciones programadas por la unidad y el hospital.
6	Presentar evidencias de las actividades realizadas.
7	Verificar derechos del usuario.
8	Conocer y cumplir las normas y procedimientos en salud y administrativos del hospital.
9	Brindar atención humanizada, establecer relaciones de cordialidad, basados en el respeto tanto con el cliente interno y externo de hospital.
10	Fomentar el trabajo en equipo para lograr presentar resultados de calidad.
11	Cumplir las normas, políticas y directrices establecidas en la institución.
12	Responder por el buen uso y mantenimiento de los equipos e implementos asignados para el desarrollo de sus actividades.
13	Responder por la integridad de los equipos asignados y por los traslados realizados, cumpliendo con el diligenciamiento del formato de solicitud de traspaso de elementos establecidos por la institución.
14	Cumplir con las normas establecidas por la institución en el cumplimiento de las actividades, así como la entrega oportuna de la constancia de pago de seguridad social y el respectivo informe mensual de actividades específicas, obligaciones y/o productos de constancia.
15	Cumplir las demás actividades o cambios que le sean asignados por la institución o la unidad, para lograr con el objeto del contrato, mejorar o fortalecer los procesos de facturación.
16	Mantener una actitud proactiva en el ejercicio de diario de su profesión.
17	Cumplir y velar por el seguimiento de las normas de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad, con el fin de disminuir los riesgos tanto para los funcionarios como para la continuidad y el medio ambiente.
18	Promover en el grupo, la cultura de valores y principios de la institución.
19	Las demás actividades asignadas por la autoridad competente, de acuerdo con el nivel, naturaleza y el área de desempeño del contrato.

TOTAL A PAGAR: $1.260.000 Un millón doscientos sesenta mil pesos M/cte.

OSERVACIÓN:

OPS:	Johanna Marcela Rivera Castañeda	Revisó. SP JESUS ALBERTO ORTIZ CLAROS	Aprobó. Dra. Marta Edy Ariza Mateus.
C.C:	1.022.978.922 Auxiliar de Gestión.	Coordinador Administrativo Radiología e Imágenes Diagnosticas.	Jefe de Unidad de seguridad y defensa Unidad cuentas Hospitalarias y Facturación.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-06-17, 09:21:30 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1020978970 **Referencia pago(PIN)** 8889927960

Periodo Cotización 201905 **Periodo Servicio** 201905

Cliente:

PAGADA 2019-06-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHANNA MARCELA RIVERA CASTANEDA				
Documento	CC 1022978922	**Dirección**	DIAG 82 B SUR N°7C-02 ESTE		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143395718		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1022978922		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					RIVERA CASTANEDA JOHANNA MARCELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0					$ 828.116	23/01/01		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS004		12,5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	14-25	3	2,436 %	$ 828.116	$ 20.200	NINGCC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!