5089

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 5089 2018 **C.D.P. No.:** 5 **Proceso al que pertenece:** FACTURACION **Unidad a la que pertenece:** CAPS OLAYA

Nombre del Contratista: LAURA FERNANDA LEON GOMEZ **C.C.** 1.023.968.650 **de:** BOGOTA

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				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 241.800	8328491532
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 241.800	29154905
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

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 DE MANERA PERSONAL Y AUTONOMA, EN CONDICION DE TECNICO, PARA LA EJECUCION DE ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS EN ELPROCESO DE FACTURACION (**URGENCIAS**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	FACTURADOR URGENCIAS 1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH	Cumplo con las normas de seguridad al paciente verificando documento de identidad
2	2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta	Actualizo los datos del usuario al momento de la atencion en urgencias
3	3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Verifica el estado de afiliacion de los pacientes que acuden al servicio de urgencias
4	4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Imprimir los pantallazos correspondientes a la verificacion de derechos de cada usuarios
5	5. 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.	Se entregan las ordenes medicas de cada usuario
6	6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Facturando cada uno de los servicios en el aplicativo DGH
7	7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Facturando al 100% todo lo que se le hace Triage IV y V a la empresa 15000
8	8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago	Se hace entrega diaria de turno por libro
9	9. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Se realiza el tramite de autorizacion de cada usuario a las diferente entidades de salud, cumpliendo la normatividad vigente. Se realiza censo con trabajo social varias veces al dia y se reportan las necesidades con trabajo social
10	10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Antes de cerrar cada factura se verifica que se carguen en su totalidad medicamentos por farmacia Se genera factura y recibo de caja a todo paciente que le dan egreso o que salga remitido
11	11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recaudo de dinero de los servicios prestados, almacenandolos en la cajilla fuerte Generando informe diario, en los formatos establecidos y acta de entrega a tesoreria del dinero recaudado. Generando diariamente el informe de facturacion, para su punteo y entrega completa al area revisora Corrigiendo las devoluciones con prontitud y calidad. Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio.

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. 1.023.968.650 **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	1023968650	Laura Fernanda Leon Gomez		Calle 36h Sur #0-34 este	3639452	Lafelego10@hotmail.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	14/08/2018	29154905	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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
29154905

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	1023968650	Laura Fernanda Leon Gomez		Calle 36h Sur #0-34 este	3639452	Lafelego10@hotmail.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	14/08/2018	29154905	$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	Encontrado	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	1023968650	LEON GOMEZ LAURA FERNANDA	59	0			N																	25-14	781,242	125,000	0	0	0	0	EPS008	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

Laura Fernanda Tes

Consultas > Consulta Pública ARL > Afiliación trabajador



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 5089 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE
Nombre del Contratista:	LAURA FERNANDA LEON GOMEZ			**C.C.**	1.023.968.650 **de:** Bogotá
Fecha Inicio:	2018-07-10	**Fecha Terminación inicial:**	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	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 245.100	8328491532
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 245.100	29154905
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 245.100	29154905
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
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 ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	FACTURADOR URGENCIAS 1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes	Cumplo con las normas de seguridad al paciente verificando documento de identidad
2	2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta	Actualizo los datos del usuario al momento de la atencion en urgencias
3	3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Verifica el estado de afiliacion de los pacientes que acuden al servicio de urgencias
4	4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Imprimir los pantallazos correspondientes a la verificacion de derechos de cada usuarios
5	5. 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.	Se entregan las ordenes medicas de cada usuario
6	6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Facturando cada uno de los servicios en el aplicativo DGH
7	7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Facturando al 100% todo lo que se le hace Triage IV y V a la empresa 15000
8	8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago	Se hace entrega diaria de turno por libro
9	9. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Se realiza el tramite de autorizacion de cada usuario a las diferente entidades de salud, cumpliendo la normatividad vigente. Se realiza censo con trabajo social varias veces al dia y se reportan las necesidades con trabajo social
10	10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Antes de cerrar cada factura se verifica que se carguen en su totalidad medicamentos por farmacia Se genera factura y recibo de caja a todo paciente que le dan egreso o que salga remitido
11	11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recaudo de dinero de los servicios prestados, almacenandolos en la cajilla fuerte Generando informe diario, en los formatos establecidos y acta de entrega a tesoreria del dinero recaudado. Generando diariamente el informe de facturacion, para su punteo y entrega completa al area revisora Corrigiendo las devoluciones con prontitud y calidad. Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI CHIRCALES
12	12. 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.	
13	13. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	
14	14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	
15	15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

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. 1.023.968.650 **de** Bogotá

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	1023968650	Laura Fernanda Leon Gomez		Calle 36h Sur #0-34 este	3639452	Lafelego10@hotmail.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	14/08/2018	29154905	$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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	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 29154905

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	1023968650	Laura Fernanda Leon Gomez		Calle 36h Sur #0-34 este	3639452	Lafelego10@hotmail.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	14/08/2018	29154905	$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	Cólom. exterior	Extranjero	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	1023968650	LEON GOMEZ LAURA FERNANDA	59	0			N																	25-14	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	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.

5089

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 5089 2018	**C.D.P. No.:**	2573
Proceso al que pertenece:	FACTURACION		
Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE		
Nombre del Contratista:	LAURA FERNANDA LEON GOMEZ	**C.C.**	1023968,650
de:	Bogotá		
Fecha Inicio:	2018-07-10	**Fecha Terminación inicial:**	2018-08-09
Valor Mensual:	$ 1620,000	**Valor a cobrar:**	$ 1620,000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1620,000	2678	2018-08-10	2018-09-09
2	$ 1620,000	2911	2018-09-10	2018-10-09
3	$ 165,000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1455,600	3520		
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NUMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1134,000	$ 245,100	83284915332
2	AGOSTO	$ 1620,000	$ 245,100	29154905
3	SEPTIEMBRE	$ 1620,000	$ 245,100	29154905
4	OCTUBRE	$ 1620,000	$ 244,700	83304993872
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1620,000	$ 6480,000	$ 5994,000	$ 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 ESPECIFICAS (Las establecidas en la minuta)	DESCRIPCION DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN)
1.	FACTURADOR URGENCIAS 1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes	Cumplio con las normas de seguridad al paciente verificando documento de identidad
2	2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se solicite	Actualizo los datos del usuario al momento de la atencion en urgencias
3	3. Revisar los medicamentos y material médico quirurgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Verifica el estado de afiliacion de los pacientes que acuden al servicio de urgencias
4	4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Imprimir los pantallazos correspondientes a la verificacion de derechos de cada usuarios
5	5. 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 las horas no hábiles	Se entregan las ordenes medicas de cada usuario
6	6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Facturando cada uno de los servicios en el aplicativo DGH
7	7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Facturando al 100% todo lo que se le hace Triage IV y V a la empresa 15000
8	8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago	Se hace entrega diaria de turno por libro
9	9. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria	Se realiza el tramite de autorizacion de cada usuario a las diferente entidades de salud, cumpliendo la normatividad vigente. Se realiza censo con trabajo social varias veces al dia y se reportan las necesidades con trabajo social
10	10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Antes de cerrar cada factura se verifica que se cargaron en su totalidad medicamentos por farmacia Se genera factura y recibo de caja a todo paciente que le dan egreso o que salga remitido
11	11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recaudo de dinero de los servicios prestados, almacenandolos en la cajilla fuerte Generando informe diario, en los formatos establecidos y acta de entrega a tesoreria del dinero recaudado. Generando diariamente el informe de facturacion, para su punteo y entrega completa al area revisora Corrigiendo las devoluciones con prontitud y calidad. Cumplr con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI OLAYA
12	12. 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.	
13	13. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	
14	14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area.	
15	15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

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. 1023968,650 de Bogotá

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

Señor(a): LAURA FERNANDA LEON GOMEZ
No. Identificación: CC 1023968650
Dirección: CALLE 36H SUR #0-34 ESTE
Teléfono: 3639452 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330499382

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	Laura Fernanda Leon Gomez
Tipo y Número de Identificación	CC 1023968650
Número Planilla	8330499382
Fecha de Pago	10/26/2018
Número de Autorización de Pago	1000000093
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Septiembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Septiembre 2018
Periodo Cotización Caja	Septiembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$244.700
Total Interes Mora	$2.900

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$126.500	1
EPS008	Compensar EPS	$98.800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023968650
APELLIDOS Y NOMBRES LEON GOMEZ LAURA FERNANDA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	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

PAGADO 1000000093

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
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 5089 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE

Nombre del Contratista: LAURA FERNANDA LEON GOMEZ **C.C.** 1.023.968.650 **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	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	3531		
5	$ 407.239	3634		
6	$ 1.212.761	3792		
7				
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 245.100	8328491532
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 245.100	29154905
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 245.100	29154905
4	OCTUBRE	$ 1.620.000	$ 244.700	8330499382
5	NOVIEMBRE	$ 1.620.000	$ 245.700	31500979
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
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 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
1	FACTURADOR URGENCIAS 1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	Cumplo con las normas de seguridad al paciente verificando documento de identidad
2	2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta	Actualizo los datos del usuario al momento de la atencion en urgencias
3	3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Verifica el estado de afilincion de los pacientes que acuden al servicio de urgencias
4	4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Imprimir los pantallazos correspondientes a la verificacion de derechos de cada usuarios
5	5. 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.	Se entregan las ordenes medicas de cada usuario
6	6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Facturando cada uno de los servicios en el aplicativo DGH
7	7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Facturando al 100% todo lo que se le hace Triage IV y V a la empresa 15000
8	8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago	Se hace entrega diaria de turno por libro
9	9. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Se realiza el tramite de autorizacion de cada usuario a las diferente entidades de salud, cumpliendo la normatividad vigente. Se realiza censo con trabajo social varias veces al dia y se reportan las necesidades con trabajo social
10	10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Antes de cerrar cada factura se verifica que se carguen en su totalidad medicamentos por farmacia Se genera factura y recibo de caja a todo paciente que le dan egreso o que salga remitido
11	11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recaudo de dinero de los servicios prestados, almacenandolos en la cajilla fuerte Generando informe diario, en los formatos establecidos y acta de entrega a tesoreria del dinero recaudado. Generando diariamente el informe de facturacion, para su punteo y entrega completa al area revisora Corrigiendo las devoluciones con prontitud y calidad. Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI OLAYA
12	12. 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.	
13	13. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	
14	14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	
15	15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

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. 1.023.968.650 **de** Bogotá

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

Señor(a): LAURA FERNANDA LEON GOMEZ
No. Identificación: CC 1023968650
Dirección: CALLE 36H SUR #0-34 ESTE
Teléfono: 3639452 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331295203

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	Laura Fernanda Leon Gomez
Tipo y Número de Identificación	CC 1023968650
Número Planilla	8331295203
Fecha de Pago	11/20/2018
Número de Autorización de Pago	1000000773
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	$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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.500	1
EPS008	Compensar EPS	$98.100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1023968650
APELLIDOS Y NOMBRES LEON GOMEZ LAURA FERNANDA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	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 – 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 5089 2018	**C.D.P. No.:**	2573	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	RAFAEL URIBE

Nombre del Contratista: LAURA FERNANDA LEON GOMEZ **C.C.** 1.023.968.650 **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	$ 1.620.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
3	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
4	$ 1.455.000	3531		
5	$ 407.239	3634		
6	$ 1.212.761	3792		
7	$ 1.890.000	4017	2018-12-16	2019-01-15
8				
9				
10				
11				
12				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.134.000	$ 245.100	8328491532
2	AGOSTO	$ 1.620.000	$ 245.100	29154905
3	SEPTIEMBRE	$ 1.620.000	$ 245.100	29154905
4	OCTUBRE	$ 1.620.000	$ 244.700	8330499382
5	NOVIEMBRE	$ 1.620.000	$ 245.700	31500979
6	DICIEMBRE	$ 1.620.000	$ 245.700	31500979
7				
8				
9				
10				
11				
12				
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 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	FACTURADOR URGENCIAS 1. Recepcionar las órdenes de servicio y realizar a diario el cargue de laboratorios, ordenes médicas e imágenes diagnosticas al sistema de información DGH.	Cumplo con las normas de seguridad al paciente verificando documento de identidad
2	2. Verificar contra historia clínica que se encuentren cobrados el 100% de los procedimientos realizados en el mes, registrando y elaborando factura cuando se advierta	Actualizo los datos del usuario al momento de la atencion en urgencias
3	3. Revisar los medicamentos y material médico quirúrgico registrado por la farmacia para pago dentro de la factura.	Verifica el estado de afiliacion de los pacientes que acuden al servicio de urgencias
4	4. Digitar e ingresar los RIPS en el sistema de información de los servicios prestados a cada paciente.	Imprimir los pantallazos correspondientes a la verificacion de derechos de cada usuarios
5	5. 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.	Se entregan las ordenes medicas de cada usuario
6	6. Diligenciar el formato de acuerdo de pago y verificar el registro de la información suministrada por el usuario.	Facturando cada uno de los servicios en el aplicativo DGH
7	7. Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Facturando al 100% todo lo que se le hace Triage IV y V a la empresa 15000
8	8. Recibir e ingresar los abonos por realicen los usuarios o pacientes concepto de acuerdos de pago	Se hace entrega diaria de turno por libro
9	9. Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Se realiza el tramite de autorizacion de cada usuario a las diferente entidades de salud, cumpliendo la normatividad vigente. Se realiza censo con trabajo social varias veces al dia y se reportan las necesidades con trabajo social
10	10. Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Antes de cerrar cada factura se verifica que se carguen en su totalidad medicamentos por farmacia Se genera factura y recibo de caja a todo paciente que le dan egreso o que salga remitido
11	11. Hacer las correcciones a las devoluciones dentro de las 48 horas siguientes a su recepción	Recaudo de dinero de los servicios prestados, almacenandolos en la cajilla fuerte Generando informe diario, en los formatos establecidos y acta de entrega a tesoreria del dinero recaudado. Generando diariamente el informe de facturacion, para su punteo y entrega completa al area revisora Corrigiendo las devoluciones con prontitud y calidad. Cumpli con todos los turnos asignados para la prestacion del servicio en el CAMI OLAYA
12	12. 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.	
13	13. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	
14	14. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	
15	15. Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

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. 1.023.968.650 **de** Bogotá

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	1023968650	Laura Fernanda Leon Gomez	Calle 36h Sur #0-34 este	3639452	Lafelego10@hotmail.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	
			2018/12/19	396959546	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-11	2018-11	I	19/12/2018	31500979	TOTAL A PAGAR	
					$243.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	6	500	0	98.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	125.000	0	0	0	0	6	600	0	125.600	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	6	100	19.200			191	19.200	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	98.200
Pensión	1	125.000	125.600
Riesgos Laborales	1	19.100	19.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	243.000

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	1023968650	Laura Fernanda Leon Gomez		Calle 36h Sur #0-34 este	3639452	Lafelego10@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-11	2018-11	I	19/12/2018	31500979	$243.000	

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	1023968650	LEON GOMEZ LAURA FERNANDA	59	0			N																	25-14	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14-7	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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