

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ORLANDO MARTINEZ
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:	

CÓDIGO: AP-IA-PT-017 FECHA: 2017-07-07 VERSION: 01 FORMA DE IMPORTE Y CUENTA DE CORRIENTE		SISTEMA INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTIÓN DE INGRESOS Y ASISTENCIA Centro Oriente E.S.E. Sistema Integrado de Servicios de Salud	
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO - OPS:		C.D.P. No.:	
PS 2334		5	
Nombre del Contratista:		LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	
Fecha Inicio:		2018-01-10	
Fecha Terminación:		2018-07-09	
Proceso al que pertenece:		FACTURACION	
Unidad a la que pertenece:		SAN BLAS	
C.C.:		1 013 634 029	
de:		Bogotá	
Valor Mensual:		\$ 2 195 000	
Valor a cobrar:		\$ 2 195 000	
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO			
APOYO Y SOPORTE TÉCNICO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - REVISOR DE CUENTA			
Revisión de actividades para el periodo:			
Desde: 2018-01-10			
Hasta: 2018-01-31			
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO			
ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CUAL OBLIGACIÓN			
1 Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.			
2 Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.			
3 Repercibir las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.			
4 Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación.			
5 Verificar que todos los soportes de atención se anecten a la factura.			
6 Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.			
7 Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.			
8 Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, procedimientos y demás actividades que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.			
9 Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.			
10 En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.			
Observaciones:			
Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.			
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuota de cobro.			
C.C.:			
1 013 634 029			
de:			
Bogotá			
Firma del Contratista:			

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

Señor(a): LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

No. identificación: CC1013634029

Dirección: CRA 16 NO. 10A-26

Teléfono: 3283534

Correo: lliniss20@hotmail.com

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla: 8325842755

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC1013634029
Número de planilla	8325842755
Fecha pago	2018-02-27
Número de autorización pago	83165957
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	270000
Total intereses de Mora	10100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	21300	1
230301	Porvenir	139600	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	109100	1

TIPO DOC.: CC

NO. DOCUMENTO: 1013634029

APELLIDOS Y NOMBRES: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ

Cód. EPS	840000	IBC SALUD	840000	IBC PENSIÓN	840000	IBC RIESGOS	840000	IBC CAJAS	0	105000	VALOR UPC	0	134400	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	0	20500	COTIZACIÓN RIESGOS	20500	APORTE CAJAS	0
----------	--------	-----------	--------	-------------	--------	-------------	--------	-----------	---	--------	-----------	---	--------	----------------------------------	---	-------	--------------------	-------	--------------	---

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

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	ORLANDO MARTINEZ
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:	

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL. En caso de tener contrato nuevo se debe anotar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.	
C.C. 1.013.634.029 de Bogotá	Firma del Contratista
Observaciones:	
10 En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.	El facturador tiene la directriz de arglar la factura inmediatamente sea anulada. Se realiza seguimiento para que se cumpla este proceso. 60
9 Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.	Las devoluciones y anulaciones se hacen máximo 48 horas después de la generación de la factura para su respectiva corrección. 30
8 Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su	Se realiza revisión contra manual tarifario soportes de hojas de tratamiento para garantizar el 100% de actividades facturadas.
7 Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.	Se realiza la verificación durante la revisión de la factura.
6 Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.	Se realiza revisión contra manual tarifario soat para garantizar el 100% de actividades facturadas.
5 Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.	Se verifica que el 100% de los soportes estén adjuntos a la factura tal cual lo establece la resolución 3047 de 2008.
4 Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación.	A cada una de las facturas generadas se le realiza revisión para confirmar tarifas y el cobro del 100% de las actividades.
3 Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.	A diario se recepciona el 100% de las facturas generadas contra estadísticos del sistema para su respectiva revisión y entrega al armado de paciente así como la generación rápida de la factura.
2 Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al	Se acompaña al facturador durante el proceso de facturación solucionando dudas basados en el decreto 2423 de 1996 manual tarifario por el cual se rige el proceso de facturación.
1 Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.	Se realiza una preauditoría diaria antes que el facturador genere la cuenta, visando estancias prolongadas, informes quirúrgicos, laboratorios, exámenes especiales e insumos para mejorar el proceso de facturación y disminuir el margen de anulación.
RELACION DE ACTIVIDADES PARA EL PERIODO: Desde: 2018-02-01 Hasta: 2018-02-28	
APOYO Y SOPORTE TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - REVISOR DE CUENTA	
DESCRIPCION DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUANTO AL CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO									
Resumen de contrato									
VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 13.170.000		VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 13.170.000		PAGOS REALIZADOS \$ 3.731.500		SALDO DEL CONTRATO \$ 9.438.500			
ADICION/ OTRO SI	VALOR	ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	Nº	MES DE CTA	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL
1						1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000
2						2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000
3						3			\$ 258.2975
4						4			
5						5			
6						6			
7						7			
8						8			
9						9			
10						10			
11						11			
12						12			
13						13			
14						14			
15						15			
16						16			
17						17			
18						18			
19						19			
20						20			
21						21			
22						22			
1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO									
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. APOYO - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO									
CODIGO: APJA-FT-014 VERSION: 01 FECHA: 2017-07-07									
No. CONTRATO - OPS: PS 2334 C.D.P. No.: 2018 Proceso al que pertenece: 5 Unidad a la que pertenece:									
Nombre del Contratista: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminación Inicial: 2018-07-09									
Valor Mensual: \$ 2.195.000 Valor a cobrar: \$ 2.195.000 C.C. 1.013.634.029 de Bogotá									
FACTURACION SAN BLAS									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	1013634029	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ		CRA 16 No. 104-26	3283534	linas20@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				20140227	317750430	TOTAL A PAGAR	
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	1	27/02/2018	25642975	\$276,000

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					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	109.800	0		0		0	19	1.700	0	111.500	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION										
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar Afiliados
230001	PAYMENT	800224900-8	140.500	0	0	0	0	19	2.200	142.700

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	MIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo	Total a Pagar	No Afiliados
				Obligatoria	Valor										
14-7	Seguros Bolívar S.A.	860002503-2	21.400				21.400	19	400	21.800			214	21.800	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Repetidas	Valor antes de ICE, LMA, IPR y Mora,	Total a Pagar
Solid	1	109,800	111,500
Pension	1	140,500	142,700
Riesgos Laborales	1	21,400	21,800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271,700	276,000

PERIODO COTIZACIÓN				DATOS DE LA PLANTILLA			TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANTILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANTILLA	
MES	AÑO	MES	AÑO				
2	2018	2	2018	1	27/02/2018	25942975	\$276.000

INFORMACION COXIZANTE				INFORMACION NOVEDADES										PENSION				SALUD		RECURSOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																					
No. de identificación	Apellidos y Nombres			Celular	Correo	Extranjero	Colaborador	Extraterritorio	ING	NET	TDE	TAE	TDP	RA	VST	SLH	SGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. APT	IBC APT	Colaboración o Afiliado	Voluntario Aportes	Voluntario Aportes	Fondo pensional voluntario	Fondo pensional voluntario	Cód. EPS	IBC EPS	Colaboración Valor ÚTIC	Cód. AML	IBC AML	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Agente participaciones	IBC otros SEVA	Agente TCBP	Agente EDAF	Agente MEN		
1 CC 101334029	PICO HERNANDEZ LINA ALETH			59	0		N																	230201	878.000	140.500	0	0	0	0	0	0	878.000	109.800	-1427	878.000	3	21.000	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Cree su cuenta / Datos personales

Seleccione la fecha de nacimiento

Año: 1992 Mes: 06 Día: 20

GUARDANDO LAS RESPUESTAS...

La información ingresada no coincide con la registrada en su documento de identidad, por favor intente de nuevo.

< ANTERIOR

GUARDAR Y CONTINUAR >

30% COMPLETADO

CONFIGURE SU
PÁGINA
X Cerrar



L.S.C

A+

Letra grande



Color de fondo



Restaurar a
configuración
inicial

FORMATO MATER...xlsx

CENSO 28 DE FEB...ods

COMPARTIR EPS-S...xls

Mostrar todo

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2334
C.D.P. No.: 5
Proceso al que pertenece: FACTURACION
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS
Nombre del Contratista: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
Fecha Inicio: 2018-01-10
Fecha Terminación Inicial: 2018-07-09
Valor Mensual: \$ 2.195.000
C.C.: 1.013.634.029
de: Bogotá
Valor a cobrar: \$ 2.195.000

ADICIÓN/OTROS	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	MES DE CORRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8325842755
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	25842975
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	25881200
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
	\$ 13.170.000	\$ 13.170.000	\$ 5.926.500	\$ 7.243.500

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

APOYO Y SOPORTE TÉCNICO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - REVISOR DE CUENTA

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

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)

ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1 Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores. Se realiza una preauditoría diaria antes que el facturador genere la cuenta, visando estancias prolongadas, informes quirúrgicos, laboratorios, exámenes especiales e insumos para mejorar el proceso de facturación y disminuir el margen de simulación.
2 Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
3 Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador. A cada una de las facturas generadas se le realiza una revisión previa y posterior a la realización de facturación actividades 1000.
4 Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación. Se verifica que el 100% de los soportes estén adjuntos a la factura tal cual lo establece la resolución 3047 de 2008.
5 Velar por que todos los soportes de atención se anecten a la factura. Se realiza una revisión contra manual tarifario soportado para garantizar el 100% de actividades facturadas.
6 Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la historia clínica y manuales tarifarios. Se realiza la verificación durante la revisión de la factura.
7 Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica. Se realiza una revisión contra manual tarifario soportes de hojas de tratamiento para garantizar el 100% de actividades facturadas.
8 Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia. Las devoluciones y anulaciones se hacen máximo 48 horas después de la generación de la factura para su respectiva corrección 30.
9 Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable. El facturador tiene la directriz de arreglar la factura inmediatamente sea anulado. Se realiza seguimiento para que se cumpla este proceso 60.
10 En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.

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.

C.C.: 1.013.634.029 de Bogotá

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: ORLANDO MARTINEZ
CARGO: DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013634029	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	CRA 16 No. 10A-26	3283534	liness20@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.

DATOS DE LA PLANILLA					
PERIODO COTIZACIÓN			TIPO PLANILLA		
SAUD	DIFERENTE A SAUD	FECHA PAGO (DIAMES/ANO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR	
2018	2018	2018	1	20032018	25681200

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	Cotización
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097472-5	109.800	0	0	0	0	0	1.100
									110.900
									1

TOTALES PENSION									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora
									Cotización
230301	Porenor	800224808-8	140.500	0	0	0	0	12	1.400
									0
									141.900
									1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros		Días Mora	Valor Mora
				No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización		Cotización
147	Seguros Bolívar S.A	860002503-2	21.400				21.400	12	300
									21.700
									214
									21.700
									1

TOTALES CALAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		

TOTALES PARAMFISCALES				
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, RPP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	109.800	110.900	
Pension	1	140.500	141.900	
Riesgos Laborales	1	21.400	21.700	
CCF	0	0	0	
ESAP	0	0	0	
ICBF	0	0	0	
MEN	0	0	0	
SENA	0	0	0	
TOTALES	3	271.700	274.500	

PERIODO COTIZACIÓN					DATOS DE LA PLANILLA		TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2016	3	2016	I	20/03/2016	25691200	\$274.500

	INFORMACIÓN CONTANTE	INFORMACIÓN NOVADERAS						PENSIÓN				SALUD		RIESGOS LABORALES		CCF		PARAFISCALES																			
No. Tipo Identificación	APELLIDOS Y NOMBRES	Cédula	Estranjero	Código de Sector	Extensión	Régimen	TAE	TAP	NIA	VST	SLE	HSE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cód. AFY	IBC AFY	Cotización o Atributo	Voluntario Asegurado	Voluntario pasionalidad solidaria	Fondo pensional de subsidio	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización Valor UVC	Cód. ANL	IBC ANL	Clase de Riesgo	Código CCF	IBC CCF	Aporte patrimonial	IBC otros SENA	Aportes ICBP	Aportes ESAP	Aportes MEN	
CC	1019304029	PICO-HERNANDEZ LINA JULIETH	58	0	N													230301	878.000	140.500	0	0	0	0	878.000	109.800	-14.7	878.000	3	21.000	0	0	0	0	0	0	0

PAGEADA

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO



1	Período Colización Empleados	
4	Período Colización Salud	
4	Período Colización Pensión	
4	Período Colización Caja	
3	Número de Administradores	
\$274,200	Total Pagado	
\$2,500	Total Interés Mora	

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

NOMBRE:	MAJENY RAMOS GUEBA
CARGO:	PROCESADOR DE DATOS
PRIMA:	

OBJETIVO DEL CONTRATO El presente contrato tiene por objeto la prestación de servicios de salud, en el marco de la Ley de Salud, para el desarrollo de las actividades programadas en el Anexo A, en el marco de la Ley de Salud, para el desarrollo de las actividades programadas en el Anexo A.	
CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO El presente contrato tiene por objeto la prestación de servicios de salud, en el marco de la Ley de Salud, para el desarrollo de las actividades programadas en el Anexo A, en el marco de la Ley de Salud, para el desarrollo de las actividades programadas en el Anexo A.	
CONDICIONES ESPECÍFICAS El presente contrato tiene por objeto la prestación de servicios de salud, en el marco de la Ley de Salud, para el desarrollo de las actividades programadas en el Anexo A, en el marco de la Ley de Salud, para el desarrollo de las actividades programadas en el Anexo A.	

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO Centro Oriente E.S.E. HOSPITAL GENERAL DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD APPO - GERENCIA DE INICIATIVAS Y ASISTENCIA COMUNITARIA HOSPITAL GENERAL DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD APPO - GERENCIA DE INICIATIVAS Y ASISTENCIA COMUNITARIA																																																																																																																																											
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO <table border="1"> <tr> <th>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</th> <th>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</th> <th>PAOS REALIZADOS</th> <th>SALDO DEL CONTRATO</th> </tr> <tr> <td>\$ 13,178,000</td> <td>\$ 13,178,000</td> <td>\$ 10,168,500</td> <td>\$ 2,989,500</td> </tr> </table>		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO	\$ 13,178,000	\$ 13,178,000	\$ 10,168,500	\$ 2,989,500																																																																																																																																		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																																																																																																								
\$ 13,178,000	\$ 13,178,000	\$ 10,168,500	\$ 2,989,500																																																																																																																																								
3. DETALLE DE PAGOS Y SALDOS <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº</th> <th>FECHA DE PAGAR</th> <th>VALOR PAGAR</th> <th>VALOR PAGADO</th> <th>VALOR PAGAR</th> <th>VALOR PAGADO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>01/01/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>01/02/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>01/03/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>01/04/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>01/05/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>01/06/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>01/07/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>01/08/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>01/09/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>01/10/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>01/11/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>01/12/2018</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>01/01/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>01/02/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>01/03/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>01/04/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>01/05/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>01/06/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>01/07/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>01/08/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>01/09/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>01/10/2019</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> <td>\$ 1,317,800</td> </tr> </tbody> </table>		Nº	FECHA DE PAGAR	VALOR PAGAR	VALOR PAGADO	VALOR PAGAR	VALOR PAGADO	1	01/01/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	2	01/02/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	3	01/03/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	4	01/04/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	5	01/05/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	6	01/06/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	7	01/07/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	8	01/08/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	9	01/09/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	10	01/10/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	11	01/11/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	12	01/12/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	13	01/01/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	14	01/02/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	15	01/03/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	16	01/04/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	17	01/05/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	18	01/06/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	19	01/07/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	20	01/08/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	21	01/09/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	22	01/10/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800
Nº	FECHA DE PAGAR	VALOR PAGAR	VALOR PAGADO	VALOR PAGAR	VALOR PAGADO																																																																																																																																						
1	01/01/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
2	01/02/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
3	01/03/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
4	01/04/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
5	01/05/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
6	01/06/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
7	01/07/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
8	01/08/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
9	01/09/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
10	01/10/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
11	01/11/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
12	01/12/2018	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
13	01/01/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
14	01/02/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
15	01/03/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
16	01/04/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
17	01/05/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
18	01/06/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
19	01/07/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
20	01/08/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
21	01/09/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						
22	01/10/2019	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800	\$ 1,317,800																																																																																																																																						

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

Señor(a): LINJA JULIETH PICO HERNANDEZ
No. identificación: CC1013634029
Dirección: CRA 16 NO. 10A-26
Teléfono: 3283534
Correo: lini20@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8327034946

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LINJA JULIETH PICO HERNANDEZ
Tipo y número de identificación	CC1013634029
Número de planilla	8327034946
Fecha pago	2018-04-20
Número de autorización pago	24185141
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	274200
Total Intereses de Mora	2500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	21600	1
	230301	Forvenir	141800	1
	EPS044	MEDIMAS EPS SAS	110800	1

TIPO DOC.:
 NO. DOCUMENTO:
 APELLIDOS Y NOMBRES:

CC
 1013634029
 LINJA JULIETH PICO HERNANDEZ

Cód. EPS	EPS044	Cód. AFP	230301	IBC SALUD	878000	IBC PENSIÓN	878000	IBC RIESGOS	878000	IBC CAJAS	0	COTIZACIÓN SALUD	109800	VALOR UPC	0	COTIZACIÓN PENSIÓN	140500	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	0	COTIZACIÓN RIESGOS	21400	APORTE CAJAS	0
----------	--------	----------	--------	-----------	--------	-------------	--------	-------------	--------	-----------	---	------------------	--------	-----------	---	--------------------	--------	----------------------------------	---	--------------------	-------	--------------	---

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2334
C.D.P. No.: 5
Nombre del Contratista: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
Fecha Inicio: 2018-01-10
Fecha Terminación Inicial: 2018-07-09
Unidad a la que pertenece: SAN BLAS
C.C.: 1013 634 029
de: Bogotá
Valor Mensual: \$ 2.195.000
Valor a cubrir: \$ 2.195.000

Resumen de				2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO			
ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PAGOS REALIZADOS	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	SALDO DEL CONTRATO
1						\$ 13.170.000	\$ 658.500
2						\$ 12.511.500	
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Nº	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8125842755
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	25842975
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	25881200
4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8127011946
5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8127111097
6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8128298824
7				
8				
9				
10				
11				
12				

AVOYO Y SOPORTE TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - REVISOR DE CUENTA
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-06-01 Hasta: 2018-06-30

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO
ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

1. Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.
 2. Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impliquen el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
 3. Recepcionar las facturas de acuerdo a sistemas de facturador.
 4. Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación.
 5. Velar por que todos los soportes de atención se anecten a la factura.
 6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.
 7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.
 8. Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su actividad facturadas.
 9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
 10. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.
 11. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean rechazadas inmediatamente.
 12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieran autorización cuenten con este soporte.
 13. Revisión de FUR/RPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.
 14. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas, las mismas deben contar con visto bueno del revisor correspondiente.
 15. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.
 16. Actualización en cuanto a la normalidad vigente en el S.G.S.S.
 18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
 19. Demas actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.
- Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud Pension y ARL.
En caso de tener contrato nuevo se debe anectar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

Nombre: MARLENY RAMOS GUERRA
Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO
Firma: [Firma]

C.C.: 1013 634 029
de: Bogotá
Firma del Contratista: [Firma]

BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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



Nombre	LINA JULIETH PICO HERNANDA
Tipo y número de identificación	1013634029
Número de radicación planilla	8328298824
Fecha de pago	6/26/2018
Número de autorización de pago	63214181
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

1	Número de empleados	
2	Periodo cotización salud	
3	Periodo cotización pensión	
4	Periodo cotización caja	
5	Número de administradoras	3
6	Total Pagado	\$274.800
7	Total interna mora	\$3.100

Código Administradora	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
147	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	\$21.700	1
230301	Povernit	\$142.100	1
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	\$111.000	1

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

FIRMA	
CARGO	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
NOMBRE	MARLENY RAMOS GUERRA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

En caso de tener contrato nuevo se debe anotar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro	C.C.	1.013.634.029	de	BOGOTÁ
---	------	---------------	----	--------

- Observaciones:
1. Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.
 2. Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
 3. Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.
 4. Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación.
 5. Velar por que todos los soportes de atención se anecten a la factura.
 6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.
 7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.
 8. Verificar que se haya un facturador al 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.
 9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
 10. Hacer seguimiento a las devoluciones que se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.
 11. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.
 12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieren autorización cuenten con este soporte.
 13. Revisión de FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.
 14. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas, las mismas deben contar con visto bueno del revisor correspondiente.
 15. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DCH y bases de datos.
 16. Actualización en cuanto a la normalidad vigente en el S.G.S.S.
 18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
 19. Demas actividades que asigne el jefe de área o coordinador del Área de Facturación.
- Se anexa certificación de pago a Salud, Pension y ARL.
- En caso de tener contrato nuevo se debe anotar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

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

AVISO Y SOMERTE: TECNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - REVISOR DE CUENTA

OBJETO DEL CONTRATO

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

Resumen de		VALOR INICIAL DEL CONTRATO		VALOR TOTAL DEL CONTRATO		PAGOS REALIZADOS		SALDO DEL CONTRATO	
		\$ 13.170.000		\$ 13.365.000		\$ 14.706.500		\$ 658.500	
ADICION/ OTRO SI	VALOR	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION	Nº	MES DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	\$ 2.195.000	2418	2018-07-10	2018-08-09	1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8125842755
2					2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	258412975
3					3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	8127034946
4					4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8127111097
5					5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8127298834
6					6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8129009606
7					7	JULIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	
8					8				
9					9				
10					10				
11					11				
12					12				

No. CONTRATO - OPS:	PS 2314	C.D.P. No.:	2018	Unidad a la que pertenece:	5
Nombre del Contratista:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	Fecha Terminacion Inclui:	2018-07-09	Valor Mensual:	\$ 2.195.000
Fecha Inicio:	2018-01-10	Valor a cobrar:	\$ 2.195.000	C.C.:	1.013.634.029
de:	Bogotá				
	SANTA CLARA				
	FACTURACION				

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

SUBRED INTERGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E	APoyo - GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO	FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO
CODIGO: AP-IA-FT-014	VERSION: 01	FECHA: 2017-07-07

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

[illegible]

Respetado(s) señor(es)

Señor(es): LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
Nit: CC 1013634029
Dirección: CRA 16 No. 10A-26
Teléfono: 3283534
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Fax:

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

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

Nº. CONTRATO - OPS:	PS 2334	C.D.P. No.:	5	Proceso al que pertenece:	Unidad a la que pertenece:	Nombre del Contratista:	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ	Fecha Inicio:	2018-01-10	Fecha Terminación Inicial:	2018-07-09	Valor Mensual:	\$ 2.195.000	Valor a cobrar:	\$ 2.195.000
C.C.:	1.013.634.029	de:	Bogotá												
FACTURACION	SANTA CLARA														

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	C.D.P.	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.195.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	\$ 2.195.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº	MES DE CTA	VALOR PAGAR	VALOR PAGO SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 1.936.500	\$ 270.000	8325842755
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	25842975
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	25841200
4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8327034946
5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8327111097
6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8328708824
7	JULIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8329009606
8	AGOSTO	\$ 2.195.000	\$ 273.500	25965572
9				
10				
11				
12				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 13.170.000
	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 17.560.000
	PAGOS REALIZADOS	\$ 16.901.500
	SALDO DEL CONTRATO	\$ 658.500

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

APOYO Y SOPORTE TÉCNICO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - REVISOR DE CUENTA

Relación de actividades para el periodo:

Desde: 2018-08-01 Hasta: 2018-08-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)

1. Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.
2. Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
3. Recepcionar las facturas de acuerdo a síntesis de facturador.
4. Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación.
5. Velar por que todos los soportes de atención se anecten a la factura.
6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.
7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.
8. Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.
9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
10. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.
11. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.
12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieren autorización cuenten con este soporte.
13. Revisión de FLRIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.
14. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas, las mismas deben contar con visto bueno del revisor correspondiente.
15. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.
16. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.
18. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
19. Demás actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.

En caso de tener contrato nuevo se debe anectar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro.

C.C.: 1.013.634.029 de BOCOTIA

Firma del Contratista

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE: MARLENN RAMOS GUERRA

CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO

FIRMA:

PERIODO COTIZACIÓN				DATOS DE LA PLANILLA			
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAJO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2016	8	2016	1	17/08/2016	29565572	\$273.500

TOTALES SALUD

Antelidad	Días Mora	Valor Mora Colectación	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Valor					
0	8	700	0	110.500	1

TOTALES PENSIÓN

Aporte FSP - Substancia	Dias Mora	Valor Mora Colizacion	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
0	8	900	0	141,400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Descripción	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Subtotal					
Corrección					
21,600			214	21,600	1

TOTALES CAJAS

MIT	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. Administradores Reportados	Valor antes de ICFE, LMA, IPR y Mera	Total a Pagar
Salud	1	109.800	110.500
Pension	1	140.500	141.400
Riesgos Laborales	1	21.400	21.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	273.500

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	1	17/09/2018	29565572	\$273.500

[illegible]

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

Formulario de contrato de servicios de salud. Incluye secciones para: 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO, 2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO, 3. OBLIGACIONES ESPECÍFICAS, 4. DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO, 5. OBSERVACIONES, and 6. FIRMAS. The document is signed by MARLENY RAMOS GUERRA, PROFESIONAL ESPECIALIZADO, and includes a stamp from the Centro Oriente E.S.E. It details the management of health services and insurance for the Centro Oriente E.S.E. facility.

PERIODO COTIZACIÓN							DATOS DE LA PLANILLA	
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PASO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA		TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO					
6	2018	8	2018		1	17/08/2018	29655572	\$273,500

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados	
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Valor Mora Cotización			
EPS005	Servicio EPS	800251420-6	109.800	0		0		0	8	700	0	1102.500	1

Código AFP	Nombre	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230001	Parent	800224608-6	140.500	0	0	0	8	900	0	141.400	1

Código	Descripción	Nº	Cotización		Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatorio	No. Autorización	Valor											
14.7	Seguros Bolívar S.A.	860002503.2	21.400					21.400	0	200	21.600			214	21.600	1

[illegible]

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
--------------	-----------	-------------------	---------------	---------------

SENA			
0	0	0	0
	ICBF		
0	0	0	0
	ESAP		
	MEN		

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IPR y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109,800	110,500
Pension	1	140,500	141,400
Riesgos Laborales	1	21,600	21,600
CCT	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALS	3	271,900	273,500

Número de Contrato: PS 2334 2018

PERIODO COTIZACIÓN				DATOS DE LA PLANILLA			
SALUD		DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMENSAÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
MES	AÑO	MES	AÑO				
8	2018	8	2018	1	17/08/2018	29565672	\$273.500

[illegible]

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2334
 C.D.P. No.: 5
 Unidad a la que pertenece: FACTURACION
 Nombre del Contratista: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
 Fecha Inicio: 2018-01-10
 Fecha Terminación Inicial: 2018-07-09
 Valor Mensual: \$ 2.195.000
 Valor a Cobrar: \$ 2.195.000
 C.C.: 1.013.634.029
 de: Bogoña
 SANTA CLARA
 FACTURACION

ADICIÓN/OTRO SI	VALOR	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 2.195.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	\$ 2.195.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	\$ 2.195.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	\$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	\$ 2.030.000	3520		
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº	MES DE CTA	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8125842755
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	25842755
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	25881200
4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.500	8127034946
5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8127111097
6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8128279824
7	JULIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8129009606
8	AGOSTO	\$ 2.195.000	\$ 273.500	29565572
9	SEPTIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 273.500	29565572
10	OCTUBRE	\$ 2.195.000	\$ 276.200	8130823704
11				
12				

Resumen de	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 13.170.000	\$ 21.950.000	\$ 21.291.500	\$ 658.500

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

APOYO Y SOPORTE TÉCNICO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - REVISOR DE CUENTA
 Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-10-01 Hasta: 2018-10-31

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS
 (Las obligadas en la suma)
 1. Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.
 2. Servir como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impliquen el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
 3. Cargar procedimientos quirúrgicos de la unidad.
 4. Realizar auditoría previa y posterior a la realización de facturación.
 5. Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.
 6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.
 7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.
 8. Verificar que se hayan facturado el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás atenciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.
 9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
 10. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.
 11. Realizar devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
 12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciones médicas que requieran autorización cuenten con este soporte.
 13. Revisión de FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.
 14. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por el revisor correspondiente.
 15. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.
 16. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.
 17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
 18. Demos actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.
 19. Demos actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.

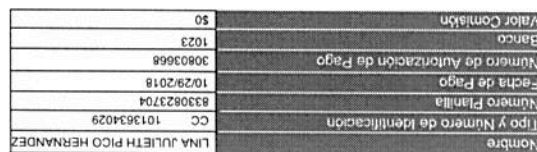
En caso de tener contrato nuevo se debe anular el anterior y ARL.
 Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.
 En caso de tener contrato nuevo se debe anular el anterior y ARL.
 Se anexa certificación de pago a Salud, pension y ARL.

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

Señor(a):	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
No. Identificación:	CC 1013634029
Dirección:	CRA 16 NO. 10A-26
Teléfono:	3283534
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla	8330823704

Respetado señor(a)

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



1	Numero de Empleados	3
1	Periodo Cotización Salud	3
1	Periodo Cotización Pensión	3
1	Periodo Cotización Caja	3
1	Numero de Administradoras	3
1	Total Pagado	\$276.200
1	Total Interes Mora	\$4.500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A	\$21.800	1
230301	Porvenir	\$142.800	1
EPS005	Sanitas EPS	\$111.600	1

1013634029	CC	NO. DOCUMENTO.	PICO HERNANDEZ LINA JULIETH
230301	COD AFP	CD EPS	EPS005
0	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION
878.000	878.000	878.000	878.000
878.000	878.000	878.000	878.000
0	0	0	0
140.500	140.500	140.500	140.500
21.400	21.400	21.400	21.400
0	0	0	0

TIPO DOC.:	Nº DOCUMENTO:	APELLIDOS Y NOMBRES										
COD EPS	COD AFP	UFC	SALUD	PENSIÓN	RIESGOS	IBC GAY	SALUD	COTIZACIÓN	PENSIÓN	COTIZACIÓN	RIESGOS	FOLIO

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2314 C.D.P. No.: 5
Nombre del Contratista: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
Fecha Inicio: 2018-01-10 Fecha Terminación Inicial: 2018-07-09
Proceso al que pertenece: Unidad a la que pertenece: FACTURACION SANTA CLARA

Valor Mensual: \$ 2.195.000
Valor a cobrar: \$ 2.195.000
C.C.: 1013 634 029 de: Bogotá

ADICION/ OTRO SI	VALOR ADICION	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACION
1	\$ 2.195.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	\$ 2.195.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	\$ 2.195.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	\$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	\$ 2.030.000	3520		
6	\$ 407.239	3634		
7	\$ 1.787.761	3792		
8				
9				
10				
11				
12				

Nº	MES DE	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8325842755
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	258412975
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	25881200
4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8327034946
5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8327111097
6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8328298824
7	JULIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8329009606
8	AGOSTO	\$ 2.195.000	\$ 273.500	29565572
9	SEPTIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 273.500	29565572
10	OCTUBRE	\$ 2.195.000	\$ 276.200	8330823704
11	NOVIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 275.400	8331423878
12	DICIEMBRE			

Resumen de	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	\$ 13.178.000	\$ 24.145.000	\$ 23.486.500	\$ 658.500

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

APOYO Y SOPORTE TÉCNICO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION - REVISOR DE CUENTA
Relección de actividades para el periodo: Desde: 2018-11-01 Hasta: 2018-11-30

DESCRIPCION DEL DESARROLLO
ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS DENTRO DEL PROCESO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION

1. Realizar acompañamiento diario y auditoría concurrente a los facturadores.
2. Ser como apoyo al facturador de piso para la solución de inconvenientes y dudas que impidan el cobro del 100% de los procedimientos y cargos realizados al paciente así como la generación rápida de la factura.
3. Cargar procedimientos quinquenales de la unidad.
4. Realizar auditoría anterior a la realización de facturación.
5. Velar por que todos los soportes de atención se anexen a la factura.
6. Verificar el valor a cobrar y las actividades realizadas de acuerdo a la Historia Clínica y manuales tarifarios.
7. Verificar RIPS y la consistencia de los datos contra la Historia Clínica.
8. Verificar que se hayan facturados el 100% de los procedimientos, medicamentos y demás acciones médicas que se le hayan brindado al paciente durante su estancia.
9. Hacer devoluciones por inconsistencias en la facturación a cada responsable.
10. Hacer seguimiento a las devoluciones realizadas a los facturadores.
11. En caso de realizarse anulaciones se debe asegurar que estas sean reemplazadas inmediatamente.
12. Garantizar que el 100% de la facturación por atenciónes médicas que requieren autorización cuenten con este soporte.
13. Revisión de FURIPS o formatos establecidos para accidentes de tránsito.
14. Realizar entrega a diario al armado de cuentas de las facturas generadas por cada servicio previamente revisadas, las mismas deben contar con visto bueno del revisor correspondiente.
15. Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH y bases de datos.
16. Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.
17. Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
18. Demos actividades que asigne el jefe inmediato y/o coordinador del Área de Facturación.

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

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

[illegible]

1	Número de Empleados
Octubre 2018	Periodo Cotización Salud
Octubre 2018	Periodo Cotización Pensión
Octubre 2018	Periodo Cotización Caja
3	Número de Administradoras
\$275,400	Total Pagado
\$3,700	Total Interés Mora

Nombre	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
Tipo y Numero de Identificación	CC 1013634029
Numero Planilla	8331423878
Fecha de Pago	11/27/2018
Numero de Autorización de Pago	42883539
Banco	1023
Valor Comisión	\$0



Respetado señor(a)

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

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Señor(a):	LINA JULIETH PICO HERNANDEZ
No. Identificación:	CC 1013634029
Dirección:	CRA 16 NO. 10A-26
Teléfono:	3283534
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla	8331423878
Fax:	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS		NOMBRE: MARLENY RAMOS GUERRA CARGO: PROFESIONAL ESPECIALIZADO FIRMA:	
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.			
C.C.: 1.013.634.029 BOGOTÁ		Firma del Contratista:	

OBJETIVO DEL CONTRATO																																																																		
APOYO Y SOPORTE TÉCNICO A LA GESTIÓN DEL PROCESO DE FACTURACIÓN - REVISOR DE CUENTAS																																																																		
Relación de actividades para el periodo: Desde: 2018-12-01 Hasta: 2018-12-31																																																																		
2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">Resumen de</th> <th>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</th> <th>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</th> <th>PAGOS REALIZADOS</th> <th>SALDO DEL CONTRATO</th> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>\$ 1.170.000</td> <td>\$ 26.705.833</td> <td>\$ 25.681.500</td> <td>\$ 1.024.333</td> </tr> </table>		Resumen de		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO			\$ 1.170.000	\$ 26.705.833	\$ 25.681.500	\$ 1.024.333																																																					
Resumen de		VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO																																																													
		\$ 1.170.000	\$ 26.705.833	\$ 25.681.500	\$ 1.024.333																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>ADICIÓN/OTRO SI</th> <th>VALOR</th> <th>CDP</th> <th>FECHA DE INICIO</th> <th>FECHA DE TERMINACIÓN</th> </tr> <tr><td>1</td><td>\$ 2.195.000</td><td>2118</td><td>2018-07-10</td><td>2018-08-09</td></tr> <tr><td>2</td><td>\$ 2.195.000</td><td>2678</td><td>2018-08-10</td><td>2018-09-09</td></tr> <tr><td>3</td><td>\$ 2.195.000</td><td>3011</td><td>2018-09-10</td><td>2018-10-09</td></tr> <tr><td>4</td><td>\$ 165.000</td><td>3305</td><td>2018-10-10</td><td>2018-12-15</td></tr> <tr><td>5</td><td>\$ 2.030.000</td><td>3520</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>\$ 407.339</td><td>3634</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td>\$ 1.787.761</td><td>3792</td><td>2018-12-16</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>\$ 2.560.833</td><td>4017</td><td>2018-12-16</td><td>2019-01-15</td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		ADICIÓN/OTRO SI	VALOR	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	1	\$ 2.195.000	2118	2018-07-10	2018-08-09	2	\$ 2.195.000	2678	2018-08-10	2018-09-09	3	\$ 2.195.000	3011	2018-09-10	2018-10-09	4	\$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15	5	\$ 2.030.000	3520			6	\$ 407.339	3634			7	\$ 1.787.761	3792	2018-12-16		8	\$ 2.560.833	4017	2018-12-16	2019-01-15	9					10					11					12				
ADICIÓN/OTRO SI	VALOR	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN																																																														
1	\$ 2.195.000	2118	2018-07-10	2018-08-09																																																														
2	\$ 2.195.000	2678	2018-08-10	2018-09-09																																																														
3	\$ 2.195.000	3011	2018-09-10	2018-10-09																																																														
4	\$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15																																																														
5	\$ 2.030.000	3520																																																																
6	\$ 407.339	3634																																																																
7	\$ 1.787.761	3792	2018-12-16																																																															
8	\$ 2.560.833	4017	2018-12-16	2019-01-15																																																														
9																																																																		
10																																																																		
11																																																																		
12																																																																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Nº</th> <th>MES DE CUENTA DE COBRO</th> <th>VALOR A PAGAR</th> <th>VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL</th> <th>NÚMERO DE PLANILLA</th> </tr> <tr><td>1</td><td>ENERO</td><td>\$ 1.536.500</td><td>\$ 270.000</td><td>8325842735</td></tr> <tr><td>2</td><td>FEBRERO</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 276.000</td><td>758412975</td></tr> <tr><td>3</td><td>MARZO</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 274.500</td><td>75881200</td></tr> <tr><td>4</td><td>ABRIL</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 274.200</td><td>8327034946</td></tr> <tr><td>5</td><td>MAYO</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 281.000</td><td>8327111097</td></tr> <tr><td>6</td><td>JUNIO</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 274.800</td><td>8328298824</td></tr> <tr><td>7</td><td>JULIO</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 274.800</td><td>8329006906</td></tr> <tr><td>8</td><td>AGOSTO</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 273.500</td><td>79565572</td></tr> <tr><td>9</td><td>SEPTIEMBRE</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 273.500</td><td>79565572</td></tr> <tr><td>10</td><td>OCTUBRE</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 276.200</td><td>8330823704</td></tr> <tr><td>11</td><td>NOVIEMBRE</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 275.400</td><td>8331423878</td></tr> <tr><td>12</td><td>DICIEMBRE</td><td>\$ 2.195.000</td><td>\$ 273.300</td><td>8331459905</td></tr> </table>		Nº	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8325842735	2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	758412975	3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	75881200	4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8327034946	5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8327111097	6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8328298824	7	JULIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8329006906	8	AGOSTO	\$ 2.195.000	\$ 273.500	79565572	9	SEPTIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 273.500	79565572	10	OCTUBRE	\$ 2.195.000	\$ 276.200	8330823704	11	NOVIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 275.400	8331423878	12	DICIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 273.300	8331459905
Nº	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA																																																														
1	ENERO	\$ 1.536.500	\$ 270.000	8325842735																																																														
2	FEBRERO	\$ 2.195.000	\$ 276.000	758412975																																																														
3	MARZO	\$ 2.195.000	\$ 274.500	75881200																																																														
4	ABRIL	\$ 2.195.000	\$ 274.200	8327034946																																																														
5	MAYO	\$ 2.195.000	\$ 281.000	8327111097																																																														
6	JUNIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8328298824																																																														
7	JULIO	\$ 2.195.000	\$ 274.800	8329006906																																																														
8	AGOSTO	\$ 2.195.000	\$ 273.500	79565572																																																														
9	SEPTIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 273.500	79565572																																																														
10	OCTUBRE	\$ 2.195.000	\$ 276.200	8330823704																																																														
11	NOVIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 275.400	8331423878																																																														
12	DICIEMBRE	\$ 2.195.000	\$ 273.300	8331459905																																																														

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO	
NÚM. CONTRATO - OPS: PS 2334 C.D.P. No.: 5 Proceso al que pertenece: FACTURACIÓN	
Nombre del Contratista: LINA JULIETH PICO HERNANDEZ Fecha Término Inicial: 2018-07-09 Valor Mensual: \$ 2.195.000	
Unidad a la que pertenece: SANTA CLARA Valor a cobrar: \$ 2.195.000 de: Bogotá	
C.C.: 1.013.634.029 Fecha: 2017-07-07	

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

APOYO - GESTIÓN DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO

FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

VERSIÓN: 01

CÓDIGO: AP-IA-FT-014

Centro Oriente E.S.E.

Servicio de Salud

Subred Integrada de Servicios de Salud



Nombre	LINA JURELLE PICO HERNANDEZ
Tipo y Numero de Identificación	CC 1013634029
Numero Planilla	6331450905
Fecha de Pago	12/17/2018
Numero de Autorización de Pago	63477646
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

1	Numero de Empleados
	Periodo Cotización Salud
	Periodo Cotización Pensión
	Periodo Cotización Caja
3	Numero de Administradoras
\$273,300	Total Pagado
\$1,600	Total Intereses Mora

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolívar S.A.	1
230301	Porteñir	1
EPS005	Sanitas EPS	1
	\$21.600	
	\$141.300	
	\$110.400	
	TOTAL PAGADO	

TIPO DOC:	CC	1013634029	PICO HERNANDEZ LINA JULIETH
NO. DOCUMENTO:			
APPELLIDOS Y NOMBRES			
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC
230301	0	876.000	876.000
EPS005	230301	876.000	876.000
		IBS	IBS
		PENSION	PENSION
		RESGOS	RESGOS
		IBC CALA	IBC CALA
		RESGOS	RESGOS
		109.600	109.600
		0	0
		0	0
		21.400	21.400
		0	0

NOMBRE Y APELLIDOS						CÓDIGO DE DOCUMENTO						
APellidos y Nombres												
COD EPS	COD AFP	UPC	SALUD IBC	PENSION IBC	RIESGOS IBC	CAJA IBC	SALUD PENSION	RIESGOS PENSION	FONDO PENSION	RIESGOS PENSION	RIESGOS PENSION	RIESGOS PENSION

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