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 A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
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 2019 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: JOSE FABIAN GIRALDO HEREDIA **C.C.** 1.013.650.609 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-12-10 **Fecha Terminación incial:** 2019-01-15 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 705.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	$ 1.410.000	5	2018-07-09	2018-08-09
8	$ 1.410.000	5	2018-08-10	2018-09-09
9	$ 1.410.000	5	2018-09-10	2018-10-09
10	$ 165.000	5	2018-10-10	2018-10-12
11	$ 1.608.840	5	2018-10-13	2018-11-09
12	$ 407.239	5	2018-11-10	2018-12-09
13	$ 1.002.761	5	2018-11-10	2018-12-09
14	$ 1.692.000	5	2018-12-10	2019-01-09
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324497694
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 242.800	8325094815
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 242.300	8325718878
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 242.100	8326356732
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 242.500	8327029355
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327697828
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328321130
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328967754
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329638930
10	OCTUBRE	$ 1.773.840	$ 241.800	8329638930
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8330728667
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 242.100	8331341513
13	ENERO	$ 705.000	$ 243.000	8332004392
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
$ 8.460.000	$ 17.565.840	$ 17.565.840	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-01 **Hasta:** 2019-01-15

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificacion de derechos y definicion de pagador	Pagador
2	Realizar censo pacientes de los servicios de urgencias	Censo diario en sistema y fisico
3	Reporte anexo 2 y 3 de los procedimientos realizados al usuario a las EAPB de acuerdo al proceso de cada una y los	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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

Fabián Giraldo.
Firma del Contratista

C.C. 1.013.650.609 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	CLAUDIA LORENA GUTIERREZ HERNANDEZ
CARGO:	LIDER AUTORIZACIONES
FIRMA	

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	jose fabian giraldo heredia	**Nit:**	1013650609
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Diciembre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Diciembre 2018
Número de radicación:	8332004392	**Total a pagar:**	$243,000
Fecha de vencimiento:	04/01/2019	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	10/01/2019	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1001	**Número de aprobación:**	1000000337
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-7	860002503	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$19,200
230301	800224808	Porvenir	1		$0.00	$125,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$98,200
						$243,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 8332004392, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados © 2019 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Acerca de los certificados SSL

Powered by Cenet Edinet