2283

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:	2283	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SAN CRISTOBAL

Nombre del Contratista: katherine caicedo arias **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 987.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2				
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 987.000	$ 7.473.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el período: **Desde:** 2018-01-10 **Hasta:** 2018-01-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.	Verifico las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa.
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Genero factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.	Recibo e ingreso el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios.
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.	Elaboro y genero factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente.
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería	Realizo cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entrego las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.
7	Correjir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corrijo dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.	Brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información DGH.NET Y bases de datos.
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Me actualizo en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asisto a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.
11	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	Realizo 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

Katherine Caicedo
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Orlando Ramirez
CARGO:	Director Financiero
FIRMA	

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono: 3224427457
Correo: NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8324519945

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8324519945
Fecha pago	2018-01-15
Número de autorización pago	24519945
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	228400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8324519945

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	18000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	118100	1
EPS008	Compensar EPS	92300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cod. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	738000	738000	738000	0	92300	0	118100	0	18000	0

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

2283

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-F 014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	2283	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	uss alpes
Nombre del Contratista:	katherine caicedo arias			**C.C.**	53.012.396 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2017-07-09	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 2.397.000	$ 6.063.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-02-01 **Hasta:** 2018-02-28

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario 1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

Observaciones:

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-F1 014 VERSIÓN: 01 FECHA: 2017-07-07

	Katherine Caicedo Firma del Contratista
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. 53.012.396 de BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	Orlando Martinez
CARGO:	Director Financiero
FIRMA	

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S. NIT: 900012666-0 - Tel: 57-1 7459870 Ext: 216

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 BOW744703 ****0677 T819
FTx16/02/18 14:21H.NO447 Lucero
201802 83 Mi Planilla
PLANILLA No.000008325121707
Identificacion53012396
VALOR PLANILLA:241,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:241,800.00

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8325121707

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8325121707
Fecha de Pago	2/16/2018
Número de Autorización de Pago	1000000861
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Febrero 2018
Periodo Cotización Pensión	Febrero 2018
Periodo Cotización Caja	Febrero 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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 PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 1000000861

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	KATHERINE CAICEDO ARIAS	**Nit:**	53012396
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Febrero 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Febrero 2018
Número de radicación:	8325121707	**Total a pagar:**	$241,800
Fecha de vencimiento:	22/02/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	16/02/2018	**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:**	1000000861
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

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:	2283	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	PAPS LOMAS
Nombre del Contratista:	KATHERINE CAICEDO ARIAS			**C.C.**	53.012.396 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2017-07-09	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 3.807.000	$ 4.653.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

Observaciones:

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

	Katherine Caicedo Firma del Contratista
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. 53.012.396 de BOGOTA

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

compensar | miplanilla.com

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono: 3224427457
Correo: NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326120063

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8326120063
Fecha pago	2018-03-07
Número de autorización pago	1000000619
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

8326120063

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8326120063

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8326120063
Fecha de Pago	3/7/2018
Número de Autorización de Pago	1000000619
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Marzo 2018
Período Cotización Pensión	Marzo 2018
Período Cotización Caja	Marzo 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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 PENSION	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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	KATHERINE CAICEDO ARIAS	**Nit:**	53012396
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Marzo 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Marzo 2018
Número de radicación:	8326120063	**Total a pagar:**	$241,800
Fecha de vencimiento:	23/03/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	07/03/2018	**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:**	1000000619
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	$19,100
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$125,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$97,700
						$241,800

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

»Lista de planillas

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 © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle del Cauca certicámara. Acerca de los certificados SSL ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Powered by Cenet Edinet

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica unicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2068 B0W716I04 ****3245 T1438
CTx07/03/18 12:22H.N0161 Ciudad Tun
20x803 83 Mi Planilla
PLANILLA No.0000083261200063
Identificacion53012396
VALOR PLANILLA:241,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:241,800.00

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

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 2283 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	caps primera de mayo

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 5.217.000	$ 3.243.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-04-01 **Hasta:** 2018-04-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

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

Katherine Caicedo

Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono: 3224427457
Correo: NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326854157

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8326854157
Fecha pago	2018-04-11
Número de autorización pago	1000000190
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

8326854157

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

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

Señor(a):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación:	CC53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono:	3224427457
Correo:	NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8326854157

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8326854157
Fecha pago	2018-04-11
Número de autorización pago	1000000190
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	abril de 2018
Periodo de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8326854157

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8326854157

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8326854157
Fecha de Pago	4/11/2018
Número de Autorización de Pago	1000000190
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Abril 2018
Periodo Cotización Pensión	Abril 2018
Periodo Cotización Caja	Abril 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

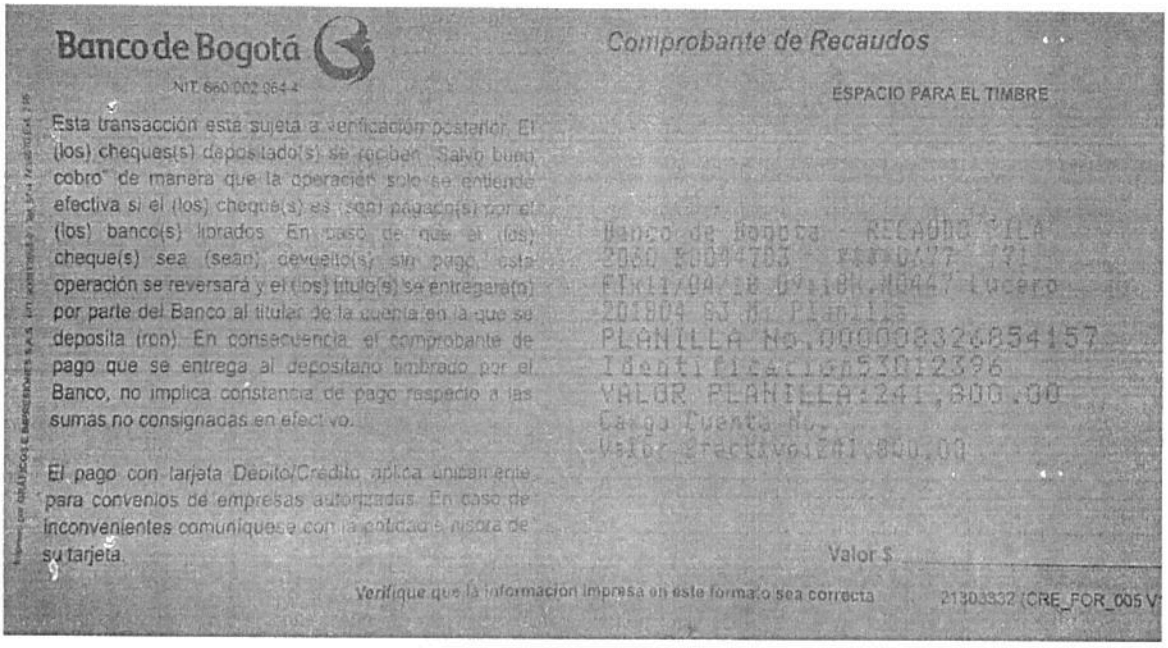
TIPO DOC. CC
NO. DOCUMENTO 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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



Banco de Bogotá

NIT 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción esta sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben Salvo buen cobro de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositano timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Debito/Crédito aplica unicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuniquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO VILA
2060 [illegible] [illegible]
[illegible] Lucero
201804 SJ M: PLANILLA
PLANILLA No.0000083260854157
Identificacion53012396
VALOR PLANILLA:241,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:241,800.00

Valor $

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V

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:	2283	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN JORGE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
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
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 6.627.000	$ 1.833.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-05-01 **Hasta:** 2018-05-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

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

Katherine Caicedo
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S. NIT 900512608-9 Tel: 57-1 7450270 Ext 215

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0016105 ****0236 T718
FTx09/05/18 09:25H.N0161 Ciudad Tun
201805 83 Mi Planilla
PLANILLA No.000008327440142
Identificacion53012396
VALOR PLANILLA:241,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:241,800.00

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta 21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Señor(es):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Nit:	CC 53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono:	3224427457 **Fax:**
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	KATHERINE CAICEDO ARI/
Tipo y número de identificación	53012396
Número de radicación planilla	8327440142
Fecha de pago	5/9/2018
Número de autorización de pago	1000000287
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2018
Periodo cotización pensión	Mayo 2018
Periodo cotización caja	Mayo 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

PAGADO 1000028

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

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

Señor(a):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación:	CC53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono:	3224427457
Correo:	NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8327440142

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8327440142
Fecha pago	2018-05-09
Número de autorización pago	1000000287
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

8327440142

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

2282

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:	2283	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN JORGE
Nombre del Contratista:	KATHERINE CAICEDO ARIAS			**C.C.**	53.012.396 **de:** BOGOTA
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminación incial:**	2018-07-09	**Valor Mensual:**	$ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1				
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 8.460.000	$ 8.037.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-06-01 **Hasta:** 2018-06-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

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

Katherine Caicedo.
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328153450

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8328153450
Fecha de Pago	6/13/2018
Número de Autorización de Pago	1000000027
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Junio 2018
Periodo Cotización Pensión	Junio 2018
Periodo Cotización Caja	Junio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Comoensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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 1000001027

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

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT: 900812568-9 - Tel: 57+1 7459870 Ext. 216

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 80012603 ****2779 T1900
TRX13/06/18 15:02H ND161 Ciudad Tum
20180613 83 81201118
PLANILLA NO. 0000083281534 30
Tarjeta Ciudadano 5301233396
VALOR PLANILLA: 241,800.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo: 241,800.00

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

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 2283 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN JORGE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328757615
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 9.870.000	$ 9.447.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

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

Katerine Caicedo
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

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

Señor(a):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación:	CC53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono:	3224427457
Correo:	NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8328757615

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8328757615
Fecha pago	2018-07-10
Número de autorización pago	28757615
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	julio de 2018
Periodo de Cotización Pensión	julio de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

8328757615

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

Señor(es):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Nit:	CC 53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono:	3224427457 **Fax:**
Ciudad:	BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	KATHERINE CAICEDO ARI
Tipo y número de identificación	53012396
Número de radicación planilla	8328757615
Fecha de pago	7/10/2018
Número de autorización de pago	28757615
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Período cotización salud	Julio 2018
Período cotización pensión	Julio 2018
Período cotización caja	Julio 2018
Número de administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2283 2018	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACIÓN
				Unidad a la que pertenece:	USS SAN JORGE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328757615
8	AGOSTO	$ 1.410.000	$ 241.800	8329418075
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 11.280.000	$ 10.857.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-08-01 **Hasta:** 2018-08-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.1500
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 50
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. SI

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

Katherine C.
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8329418075

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8329418075
Fecha de Pago	8/10/2018
Número de Autorización de Pago	29418075
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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 29418075

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

Señor(a): CLAUDIA MILDREY BAQUERO CASASBUENAS
No. Identificación: CC 51996707
Dirección: KR 57 A 2 C 92
Teléfono: 4201510 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328943830

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	CLAUDIA MILDREY BAQUERO C/
Tipo y Número de Identificación	CC 51996707
Número Planilla	8328943830
Fecha de Pago	8/10/2018
Número de Autorización de Pago	4867354
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Agosto 2018
Periodo Cotización Pensión	Agosto 2018
Periodo Cotización Caja	Agosto 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$248.200
Total interes Mora	$1.700

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.300	1
230301	Porvenir	$125.800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$4.800	1
EPS008	Compensar EPS	$98.300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51996707
APELLIDOS Y NOMBRES BAQUERO CASASBUENAS CLAUDIA MILDREY

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	781.242	781.242	781.242	781.242	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 4867354

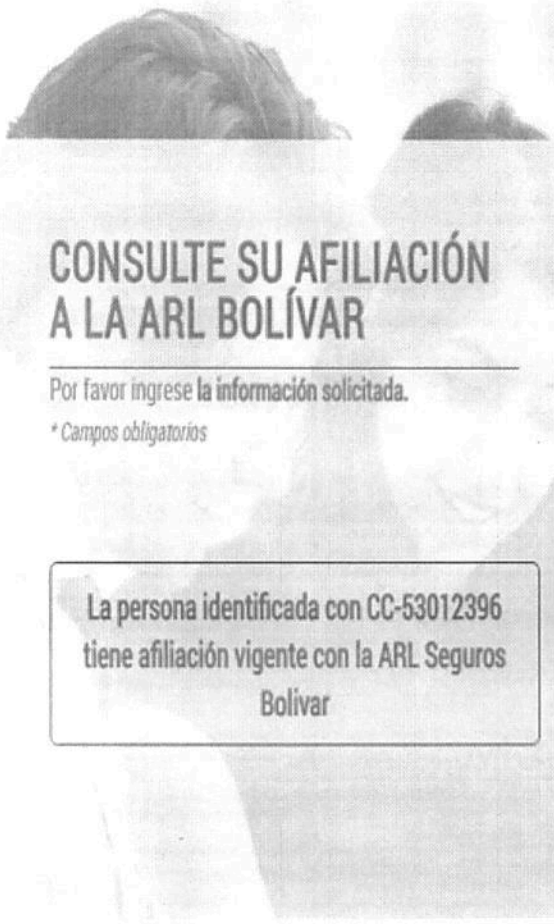
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Katherine Cayedo

N° de Contrato PS 2283 2018

SEGUROS BOLÍVAR

Consultas > Consulta Publica ARL > Afiliación trabajador



CONSULTE SU AFILIACIÓN A LA ARL BOLÍVAR

Por favor ingrese **la información solicitada.**

** Campos obligatorios*

Tipo de Documento *

Número de Documento *

78bam

Confirmar imagen *

CONSULTAR

La persona identificada con CC-53012396 tiene afiliación vigente con la ARL Seguros Bolivar

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: 2283 **C.D.P. No.:** 5 **Proceso al que pertenece:** FACTURACIÓN
Unidad a la que pertenece: USS BELLO HORIZONTE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 987.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.034.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328757615
8	AGOSTO	$ 1.363.000	$ 241.800	8329418075
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971630
10				
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 12.267.000	$ 11.844.000	$ 423.000

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 (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario 1953
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 25
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 50
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 30
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 3
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 19 de septiembre del 2018

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. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

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

Señor(a):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación:	CC53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono:	3224427457
Correo:	NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8329971630

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8329971630
Fecha pago	2018-09-10
Número de autorización pago	29971630
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

2283

Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

2283

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO – GESTION DE INSUMOS Y ABASTECIMIENTO
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSION: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO – OPS: PS 2283 2018 **C.D.P. No.:** 5 **Proceso al que pertenece:** FACTURACION
Unidad a la que pertenece: USS BELLO HORIZONTE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminacion inicial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2318	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 987.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.245.000	3520		
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	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.034.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120663
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328757615
8	AGOSTO	$ 1.365.000	$ 241.800	8329418075
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971630
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971630
11				
12				
13				
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 13.677.000	$ 13.254.000	$ 423.000

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 EL PROCESO DE FACTURACION (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRAL A DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relacion de actividades para el periodo: **Desde:** 2018-10-01 **Hasta:** 2018-10-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION
1	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario 3580
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 25
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 25
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Area De Tesorería	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Area De Tesorería 25
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion las devoluciones que hace el revisor de cuentas 5
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área 1

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Katiresira C.
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono: 3224427457
Correo: NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8329971630

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8329971630
Fecha pago	2018-09-10
Número de autorización pago	29971630
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NU A
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	
EPS008	Compensar EPS	97700	

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZA RIESC
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	191

2018-09-24 / 10:29:08 AM | Último intento fallido: 2018-06-12 / 01

Periodo Pension: Septiembre 2018. Periodo Salud: Septiembre 2018. Octubre 17 de 2018 / 1

Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	KATHERINE CAICEDO ARIAS	**Nit:**	53012396
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Septiembre 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Septiembre 2018
Número de radicación:	8329971630	**Total a pagar:**	$241,800
Fecha de vencimiento:	23/10/2018	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	10/09/2018	**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:	1052	**Número de aprobación:**	29971630
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	$19,100
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0.00	$125,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$97,700
						$241,800

*Ver planillas pagadas

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

https://www.miplanilla.com/
Todos los derechos reservados - 2018 - Compensar - Canal S.A.

compensar miplanilla.com Comfenalco Valle diligente certicamara

Powered by Ce Edi

Acerca de los certificados SSL

283

Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA 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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: 195-233-2018 | C.D.P. No.: 5 | Proceso al que pertenece: FACTURACION | Unidad a la que pertenece: USS HELLO HORIZONTE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS | C.C.: 53.012.396 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 | Fecha Terminacion inicial: 2018-07-09 | Valor Mensual: $ 1.410.000 | Valor a cobrar: $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 987.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 265.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.215.000	3520		
6	$ 467.239	3634		
7	$ 1.102.761	3792		
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.300	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.034.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120863
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328757615
8	AGOSTO	$ 1.363.000	$ 241.800	8329418075
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971630
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971636
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331775363
12				
13				
14				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 8.460.000	$ 15.087.000	$ 14.664.000	$ 423.000

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 EL PROCESO DE FACTURACION / **CONSULTA EXTERNA** / DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relacion 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	Verificar las ordenes medicas y autorización fisica que presenta el paciente para su atencion por consulta externa	Verificar las órdenes medicas y autorización fisica que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario 3580
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 25
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja de acuerdo a la normatividad vigente 25
5	Realizar cierre de caja arqueo el boletin de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria	Realizar cierre de caja arqueo el boletin de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria 25
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepcion, las devoluciones que hace el revisor de cuentas	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción las devoluciones que hace el revisor de cuentas 5
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S G S S S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a Las reuniones y capacitaciones programadas por el area	Asistir a Las reuniones y capacitaciones programadas por el área 1

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Katherine Caicedo
Firma del Contratista

C.C: 53.012.396 de BOGOTA

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331146219

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8331146219
Fecha de Pago	11/13/2018
Número de Autorización de Pago	31146219
Banco	1052
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	$241.800
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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

2283

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

SUBRED INTEGRADA 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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 2283 2018	**C.D.P. No.:**	3	**Proceso al que pertenece:**	FACTURACION
				Unidad a la que pertenece:	SUBSIDIADO CONTRIBUTIVO
Nombre del Contratista:	KATHERINE CAICEDO ARIAS			**C.C.**	53 012 396
de:	BOGOTA				
Fecha Inicio:	2018-01-10	**Fecha Terminacion inicial:**	2018-07-09	**Valor Mensual**	$ 1.410.000
Valor a cobrar:	$ 1.410.000				

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 987.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.235.000	3520		
6	$ 407.239	3634		
7	$ 1.002.761	3792		
8	$ 1.619.000	4017	2018-12-16	2019-01-15
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	83243139145
2	FEBRERO	$ 1.034.000	$ 241.800	83253121303
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	83261208663
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	83268841157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	83274401142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	83281534501
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	83287527615
8	AGOSTO	$ 1.363.000	$ 241.800	83294180175
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	83299716301
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	83299716301
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	83317753613
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	83317753613
13				
14				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
	$ 8.460.000	$ 16.732.000	$ 16.074.000	$ 658.000

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 EL PROCESO DE FACTURACION (**CONSULTA EXTERNA**) DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

Relacion 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	Verificar Las ordenes medicas y autorizacion fisica que presenta el paciente para su atencion por consulta externa	Verificar Las ordenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentacion que presenta el usuario	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario 3580
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperacion que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 25
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 25
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletin de caja y acta de entrega al Area De Tesoreria 25
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas	Entregar Las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas 280
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas 5
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el area 1

Observaciones:

Se anexa certificacion de pago a Salud, pension y ARL
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar tambien la certificacion bancaria con la primera cuenta de cobro

Katherine Caicedo.
Firma del Contratista

C.C. 53 012 396 **de** BOGOTA

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

2283

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

Señor(a):	KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación:	CC53012396
Dirección:	CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Telefono:	3224427457
Correo:	NIKMACA19@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8331775363

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y número de identificación	CC53012396
Número de planilla	8331775363
Fecha pago	2018-12-10
Número de autorización pago	31775363
Banco	1052

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	241800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	19100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	125000	1
EPS008	Compensar EPS	97700	1

8331775363

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES: KATHERINE CAICEDO ARIAS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230201	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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 2283 2018 **C.D.P. No.:** 5 **Proceso al que pertenece:** FACTURACIÓN
Unidad a la que pertenece: USS BELLO HORIZONTE

Nombre del Contratista: KATHERINE CAICEDO ARIAS **C.C.** 53.012.396 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2018-01-10 **Fecha Terminación Inicial:** 2018-07-09 **Valor Mensual:** $ 1.410.000 **Valor a cobrar:** $ 1.410.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 1.410.000	2418	2018-07-10	2018-08-09
2	$ 1.410.000	2678	2018-08-10	2018-09-09
3	$ 987.000	3011	2018-09-10	2018-10-09
4	$ 165.000	3305	2018-10-10	2018-12-15
5	$ 1.245.000	3520		
6	$ 407.239	3634		
7	$ 1.002.761	3792		
8	$ 1.645.000	4017	2018-12-16	2019-01-15
9	$ 47.000	40	2019-01-01	2019-01-15
10				
11				
12				
13				
14				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 987.000	$ 228.400	8324519945
2	FEBRERO	$ 1.034.000	$ 241.800	8325121707
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 241.800	8326120063
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 241.800	8326854157
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 241.800	8327440142
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328153450
7	JULIO	$ 1.410.000	$ 241.800	8328757615
8	AGOSTO	$ 1.363.000	$ 241.800	8329418075
9	SEPTIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971630
10	OCTUBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8329971630
11	NOVIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331775363
12	DICIEMBRE	$ 1.410.000	$ 241.800	8331775363
13	ENERO	$ 705.000	$ 241.800	8332246928
14				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 8.460.000	$ 16.779.000	$ 16.779.000	$ 0

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 **(CONSULTA EXTERNA)** DE LA SUBRED INTEGRAFA DE SERVCICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE

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	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa	Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa 300
2	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.	Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario.3580
3	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios	Recibir e ingresar el dinero entregado y pagado por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios 25
4	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente	Elaborar y generar factura y recibo de caja, de acuerdo a la normatividad vigente 25
5	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería.	Realizar cierre de caja, arqueo, el boletín de caja y acta de entrega al Área De Tesorería. 25
6	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas.	Entregar las facturas generadas a diario a los revisores de cuentas 100% soportadas y organizadas. 180
7	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.	Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 5
8	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información	Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información
9	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.	Actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. SI
10	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.	Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 1

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

Katerinc C.
Firma del Contratista

C.C. 53.012.396 **de** BOGOTA

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

Señor(a): KATHERINE CAICEDO ARIAS
No. Identificación: CC 53012396
Dirección: CLL 77 B # 17 B -- 17 SUR
Teléfono: 3224427457 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332246928

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	KATHERINE CAICEDO ARIAS
Tipo y Número de Identificación	CC 53012396
Número Planilla	8332246928
Fecha de Pago	1/8/2019
Número de Autorización de Pago	1000000663
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	$19.100	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53012396
APELLIDOS Y NOMBRES CAICEDO ARIAS KATHERINE

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230201	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

APROBADO 1000063

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