2709

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 CONTRATACIÓN
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 03
FECHA: 2021-12-27

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2709 2023 **C.D.P. No.:** 122

Proceso que pertenece: DIRECCION FINANCIERA
Servicio al que pertenece: FACTURACION
Unidad a la que pertenece: SIREF

Nombre del Contratista: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA **C.C.** 65.748.525 **de:** IBAGUE

Fecha Inicio: 01 DE FEBRERO DE 2023 **Fecha Terminación inicial:** 30 DE ABRIL DE 2023 **Valor Mensual:** $ 1.796.320 **Valor a cobrar:** $ 1.796.320

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 148.320	861		
2	$ 1.796.320	1043	2023-05-01	2023-05-31
3	$ 1.796.320	1410	2023-06-01	2023-06-30
4	$ 3.592.640	2202	2023-07-01	2023-08-31
5	$ 1.796.320	0	2023-09-01	2023-09-30
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO PLANILLA
1	FEBRERO	$ 1.648.000	$ 383.200	8365006686	8/02/2023
2	MARZO	$ 1.648.000	$ 382.100	8365745216	2/03/2023
3	ABRIL	$ 1.796.320	$ 382.100	8366543779	4/04/2023
4	MAYO	$ 1.796.320	$ 382.800	8367251105	9/05/2023
5	JUNIO	$ 1.796.320	$ 383.200	8368046545	9/06/2023
6	JULIO	$ 1.796.320	$ 383.200	8368807481	12/07/2023
7	AGOSTO	$ 1.796.320	$ 383.200	83695572690	10/08/2023
8	SEPTIEMBRE	$ 1.796.320	$ 384.100	8370344537	10/09/2023
9					
10					
11					
12					

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 4.944.000	$ 14.073.920	$ 14.073.920	$ 0

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

OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2023-09-01 **Hasta:** 2023-09-30

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: ACTIVIDADES DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUTO O EVIDENCIA
1	1.Verificar las órdenes médicas y autorización física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente 2.Actualizar datos personales del usuario a facturar.3.Generar factura en el sistema de información DGH y soportarla con la documentación que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente.4.Legalizar el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información.5.Elaborar factura y recibo de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente..6.Realizar cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería.7.Entregar las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area.8.Corregir dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas.9.Brindar el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines.10.Realizar actualización en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S.11.Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área.12.Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato.	"1. Se verifico las órdenes médicas y autorizacion física que presenta el paciente para su atención por consulta externa, según contratación y normatividad vigente 2. Se actualizo datos personales del usuario a facturar. 3. Se genero facturas en el sistema de información DGH y soportarla con la documentacion que presenta el usuario según contratación y normatividad vigente. 4. Se legalizo el dinero recibido por concepto de copago o cuota de recuperación que hagan los usuarios, en sistema de información. 5. Se elaboro facturas y recibos de caja oportunamente de acuerdo a la atención prestada al paciente y a la contratación y normatividad vigente. 6. Se realizo cierre de caja, arqueo y acta de entrega al Área De Tesorería. 7. Se entrego las facturas generadas a diario soportadas y organizadas de acuerdo a los procesos y procedimientos del Area. 8. Se corrigio dentro de las 48 horas siguientes a su recepción, las devoluciones que hace el revisor de cuentas. 9. Se brindo el apoyo necesario y realizar planes de contingencia en el momento en que no se cuente con el sistema de información y/o bases de datos afines. 10. Se realizo actualizacion en cuanto a la normatividad vigente en el S.G.S.S.S. 11. Se asistio a las reuniones y capacitaciones programadas por el área. 12. Se realizo las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato."	Se adjuntan 1 folio con las evidencias de las actividades realizadas durante el periodo . También se pueden validar en DGH en el módulo de facturación en reportes generados. Donde se puede descargar el estadistico con el numero de documento .

Observaciones:

Nota: Es deber contractual anexar la certificación del pago a Salud, pensión y ARL. En caso de tener contrato nuevo adjuntar el soporte de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud como cotizante y afiliación a pensión., Teniendo en cuenta que con la implementación del Decreto 1273 de 2018 el pago de aportes se hace de manera vencida de acuerdo con las fechas establecidas en el Decreto 1990 de 2016.

Berta Lucia Sanchez
Firma del Contratista

C.C. 65.748.525 **de** IBAGUE

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 1	
NOMBRE:	MARIA MARLENY RAMOS GUERRA
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS No. 2	
NOMBRE:	YOINER ACOSTA G.
CARGO:	DIRECTOR FINANCIERO
FIRMA:	

Cuenta de cobro 8-2023

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

Nit. 900.959.051-7

DEBE A:

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA

C.C 65.748.525 de la ciudad de IBAGUE

LA SUMA DE:

UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE	**$**	**1.796.320**

Por concepto de:

Honorarios por prestación de servicios en cumplimiento del contrato No PS 2709 2023 correspondiente al mes de SEPTIEMBRE de 2023

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS COMO BACHILLER DE APOYO A LA GESTION PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

Cordialmente,

Berta Sanchez

BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
C.C 65748525
Teléfono 3128733302
Direccion CALLE 35A SUR Nº 34 - 03
No Cuenta 102614690 AHORROS BANCO DE BOGOTA
Fecha: 30/09/2023

HOSPITAL SANTA CLARA

DEL 16 DE AGOSTO AL 15 DE SEPTIEMBRE DE 2023

INFORME CUALITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR QUE CLASE DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	AGOSTO DE 2023																SEPTIEMBRE DE 2023													COMENTARIOS
		DIA	16 MIÉRCOLES	17 JUEVES	18 VIERNES	19 SÁBADO	20 DOMINGO	21 LUNES	22 MARTES	23 MIÉRCOLES	24 JUEVES	25 VIERNES	26 SÁBADO	27 DOMINGO	28 LUNES	29 MARTES	30 MIÉRCOLES	31 JUEVES	1 VIERNES	2 SÁBADO	3 DOMINGO	4 LUNES	5 MARTES	6 MIÉRCOLES	7 JUEVES	8 VIERNES	9 SÁBADO	10 DOMINGO	11 LUNES	12 MARTES	13 MIÉRCOLES	14 JUEVES	15 VIERNES	
1	Facturacion ventanilla		90	80	80	0	0	FES T	50	90	BRI GA	115	0	0	112	100	117	NO CHE	122	0	0	110	90	50	115	125	0	0	80	135	70	120	120	1. facturo e imprimo las facturas y los rip de gastroenterologia
2	Verificacion Comprobadores																																2, subir a requerimiento los pantallazons de gratuidad
3	Digiturnos																																3 facturar citas extras, y citas que ingresan al call center dia anterior
4	Ordenes de ambulancia																																4- modificar ficha del paciente poder facturar gratuidad
5	Cotizaciones																																5. citas facturada, pegarla por el modulo de citas ,para que se reflejen
6	Amarre de facturas en ventanilla		si	si	si	0	0	si	si	si	si	si	0	0	si	si	si	si	si	0	0	si	si	si	si	si	0	0	si	si	si	si	si	6.participar en las actividades de la brigada, (llevar pacientes desmallados
7	Bancos de sangre																																
8	Verificar, confirmar y facturar hospital día.																																
9	Agenda anticipada de laboratorios Clinicos																																

INFORME CUANTITATIVO DE ACTIVIDADES (INDICAR EN NUMERO QUE CANTIDAD DE ACTIVIDADES REALIZO CADA DIA).

No.	ACTIVIDAD	MES	AGOSTO DE 2023																SEPTIEMBRE DE 2023													TOTAL POR ACTIVIDAD	COMENTARIOS
		DIA	16 MIÉRCOLES	17 JUEVES	18 VIERNES	19 SÁBADO	20 DOMINGO	21 LUNES	22 MARTES	23 MIÉRCOLES	24 JUEVES	25 VIERNES	26 SÁBADO	27 DOMINGO	28 LUNES	29 MARTES	30 MIÉRCOLES	31 JUEVES	1 VIERNES	2 SÁBADO	3 DOMINGO	4 LUNES	5 MARTES	6 MIÉRCOLES	7 JUEVES	8 VIERNES	9 SÁBADO	10 DOMINGO	11 LUNES	12 MARTES	13 MIÉRCOLES	14 JUEVES	15 VIERNES		
1	Facturacion ventanilla		90	80	80	0	0	FES TIV	50	90	BRI GA	115	0	0	112	100	117	NO CHE	122	0	0	110	90	50	115	125	0	0	80	135	70	120	120	1.971	
2	Verificacion Comprobadores																																0	
3	Digiturnos																																0	
4	Ordenes de ambulancia																																0	
5	Cotizaciones																																0	
6	Amarre de facturas en ventanilla																																0	
7	Bancos de sangre																																0	
8	Verificar, confirmar y facturar hospital día.																																0	
9	Agenda anticipada de laboratorios Clinicos																																0	
TOTAL POR DIA			90	80	80	0	0	0	50	90	0	115	0	0	112	100	117	0	122	0	0	110	90	50	115	125	0	0	80	135	70	120	120	1.971	

26/07/23
FCADUL 75
FRADUL 19
TAADUL 113/60
TAM 77.6
SAT.O2 97
TEMADUL 36

Glucometrias:
20/07/23: 6+00 am
21/07/23 6+00 am 88 mg/dL 12PM 137 mg/dL 10 PM 98 mg/dL
22/07/23 12PM 128 5PM 95 9PM 96
23/07/23 6AM 63
24/07/23 6AM 75
25/07/23 6 AM 66
26/07/23 6AM 79

Piel y faneras: no úlceras, no petequias, o equimosis
Cabeza y cuello: Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, sin lesiones en cavidad oral, cuello móvil, no doloroso, no adenomegalias, sin ingurgitación yugular.
Tórax: Simétrico, expansible, sin uso de musculatura accesoria, ruidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios conservados, hipoventilación basal izquierda.
Abdomen: Sin circulación colateral, blando, abundante panículo adiposo, no doloroso a la palpación, sin signos de irritación peritoneal.
Genitourinario: Sonda a cistoflo 300 cc orina clara.
Extremidades: Eutróficas, simétricas, edema grado II de MI simetrico, pulsos presentes, llenado capilar <3 seg.
Neurológico: Alerta, orientado en persona, tiempo y espacio, obedece órdenes sencillas, isocoria, asimetría facial, hipoestesia desde nivel sensitivo T3 fuerza 5/5 miembros superiores, miembros inferiores fuerza 1/5 proximal 0/5 distal.

Paraclínicos:
No nuevos para reportar.

Análisis:
Paciente femenina de 79 años, comórbida, hospitalizada por infección de piel y tejidos blandos purulenta complicada documentandose abscesos glúteos bilaterales, con colonización por SAMS, espondilodiscitis T5 con compromiso motor y sensitivo en cubrimiento antibiótico quien requirió manejo en UCI por shock distributivo séptico secundario a bacteriemia de foco urinario por E.coli IRT resuelta, actualmente con las siguientes consideraciones:
-A nivel hemodinámico, sins signos clínicos ni paraclínicos de hipoperfusión PAM en rangos de seguridad , adecuada respuesta cronotrópica y presora ,con síndrome edematoso en manejo depletor con diurético de ASA hoy con mejoria respecto al dia de ayer. Sin angor ni equivalentes anginosos
-A nivel respiratorio: Con requerimiento de oxígeno a bajo flujo con oximetría en metas , buena mecánica ventilatoria, a espera de realización de toracentesis diagnóstica y terapéutica. Con TAC de tórax de control que muestra derrame pleural bilateral de predominio izquierdo compromiso intersticial bilateral, no consolidaciones.
- A nivel infeccioso: Cursando con espondilodiscitis confirmada por RMN de columna con hallazgos de fractura T5 acuñamiento anterior pérdida altura 60% con colecciones paravertebrales bilaterales, cambios infecciosos en disco y cuerpo vertebral actualmente en manejo. Ante la no disponibilidad de realización de drenaje percutáneo de colecciones paravertebrales se decide realizar control con resonancia para evaluar involución del cuadro como subrogado de respuesta tratamiento médico. Cuenta con ECO tt negativo para trombos ni vegetaciones,a BK negativos, se espera estudio de líquido pleural para descartar un tb larvada ante sospecha de mal de POTT .TAC abdominal sin colecciones. Se encuentra en cubrimiento antibiótico con linezolid indicado por infectología, completando segunda semana.
- A nivel neurológico, persiste con paraplejia con nivel sensitivo en T5, sin deterioro neurológico.
A la valoración paciente con estabilidad clínica y hemodinámica, con requerimiento de oxígeno a bajo flujo, disminución de ruidos en base izquierda, edema grado 2 de MI en mejoria con respecto a días previos. Continua seguimiento diario por clínica de heridas. Paciente con pronóstico sujeto a evolución, familiares al tanto de estado actual. Continua manejo médico instaurado.

Plan:
Hospitalizar medicina interna
Alto riesgo de caídas, barandas arriba, cuidados de la piel.
Cambios de posición cada 2 horas
Cabecera a 30°
Dieta normal
Oxígeno por cánula nasal para saturaciones >88%.
Lactato de ringer 10 cc/hora
Linezolid 600 mg IV cada 12 horas FI: 14/07/23 día 12/42
Enoxaparina 60 mg SC día PADUA score > 4 (Ajuste)
Furosemida 20 mg IV cada 8 hora
Bromuro de ipratropio 3 puff cada 6 horas
Bisacodilo 5 mg VO cada noche
Acetaminofén 500 VO cada 6 horas -TOXICOLOGÍA*
Pregabalina 75 mg cada día *FI: 10/07/2023 - TOXICOLOGÍA*
Morfina 4 gotas cada 6 horas *INICIAR TOXICOLOGÍA 24/07/23*
Seguimiento por clínica de heridas diario
Seguimiento por Toxicologia
Seguimiento por terapia respiratoria
Incentivo respiratorio *** Nuevo
CSV AC
SS:
Albumina
Electrolitos y función renal.

Pendiente:
BK # 2 # 3. (se reimprimio)
RMN de columna
Toracentesis para estudio de líquido pleural (patología) ???
Radiologia intervencionista para cultivo de colecciones paravertebrales (reimprimir)

Signos Vitales		FC: 0 x Min |	FR: 0 x Min |	GlasGow: 0	TC: 0 |	Peso: 0

Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos: G: 0 \| P: 0 \| A: 0 \| C: 0 \| Edad Gestante: 0 Sem \| FCF: 0 \| Alt Uterina: 0

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

Señor(a): BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
No. Identificación: CC65748525
Dirección: CL 35 A SUR NO 34 03
Telefono: 3128733302
Correo: bertaluciasanchez@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8370344537

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
Tipo y número de identificación	CC65748525
Número de planilla	8370344537
Fecha pago	2023-09-11
Número de autorización pago	98068641
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2023
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	384100
Total Intereses de Mora	2000

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	28500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	186500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	23400	1
EPS008	Compensar EPS	145700	1

8370344537

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 65748525
APELLIDOS Y NOMBRES: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA

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	25-14	1160000	1160000	1160000	1160000	145000	0	185600	0	28300	23200

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.

900959051

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EJECUTADOS

FORMATO DESCRIPCION QUIRURGICA

Nº Historia Clínica:	6467441		**Nº Folio:**	**8**	**Folio Asociado:**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente:	GIMENEZ COLMENAREZ GILBERTH JONATHAN		**Identificacion:**	6467441	**Sexo:** Masculino
Fecha Nacimiento:	25/diciembre/1993 **Edad Actual:**	29 Años / 7 Meses / 23 Días	**Estado Civil:**	Soltero	
Dirección:	TV 23 BIS 44 A 59 SUR		**Teléfono:**	3236597100	
Procedencia:	BOGOTA		**Ocupación:**	PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad:	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO	**Régimen:**	Regimen_Simplificado
Plan Beneficios:	PGP CAPITAL SALUD CONTRIBUTIVO	**Nivel - Estrato:**	CONT. COTIZANTE CATEGORIA A

DATOS DEL INGRESO

Responsable:	antony jimenez	**Teléfono Resp:**	3027684156
Dirección Resp:	0	**Nº Ingreso:**	15656917 **Fecha:** 18/08/2023 1:59:39 p. m.
Finalidad Consulta:	No_Aplica	**Causa Externa:**	Enfermedad_General

LISTADO DE PROCEDIMIENTOS:

Servicio:	18108	NASOSINUSCOPIA	Tipo Interv.:	Básico

Observaciones:

Total Ítems: 1

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

Virgin Mobile 12:40 p. m.

Subred Centro Oriente

ENCUESTA DE FATIGA SEGURIDAD SALUD EN EL TRABAJO

Muchas Gracias por su participación,
Para la subred Centro Oriente es importante monitorear la salud de sus colaboradores

Aceptar

informada, a la **Subred Integrada de Servicios de Salud de Centro Oriente** y a sus empresas vinculadas para realizar y/o continuar con el tratamiento de la información personal (Datos Personales), serán compilados, almacenados, consultados, usados, compartidos, intercambiados, transmitidos, transferidos y objeto de tratamiento en bases de datos, las cuales

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.

NIT: 900959051

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA N°: SSCO7200303

FECHA FACTURA: 22/06/2022 1:45 p. m.

CENTRO 1SC - HOSPITAL SANTA CLARA

CUFE 6ce4826e25594bb8420465359778d7ec8e561204ad5e769c12cf1d0b8f68e3429f2cc412d40d79c01c7a51bf4b643143

ENTIDAD	EPS008	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	**NIT**	860066942	**TELEFONO** 3444484
PLAN	RC137	CONVENIO TRIPARTITA-CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR EPS-C	**DIRECCION**	AV 68 49 A 47	

PACIENTE	Cédula_Ciudadanía	79693541 - DIEGO ALBERTO CORCHO MATALLANA	**EDAD**	47 Años \ 6 Meses \ 9 Días	
DIRECCION	CARRERA 37 24 60		**TELEFONO**	3153890255	
CODIGO IPS	110013028901	**NRO AUTORIZACION :** 221278634362127	**SEXO**	Masculino	
FEC INGRESO	02 ene. 2022 0:00	**FEC EGRESO** 02 ene. 2022 13:44	**INGRESO**	13765833	
REC CAJA			**FACTURADOR**	DIVIA YAHIRA AREVALO VELASQUEZ	

N. Orden Salida

CÓD. SOAT	CÓD. CUPS	NOMBRE	CANT	VR UNIT	VR PAC	VR ENT
908856.	LC304010	TOMA PCR SARS-CoV-2 (SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO CORONAVIRUS) COVID 19 (INS)	1	$56.000	$0	$56.000

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS	$56.000
VALOR RESPONSABILIDAD DEL USUARIO	$0
VALOR ANTICIPO	$0
VALOR PAGADO POR EL USUARIO	$0
VALOR IVA	$0
VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO	$56.000

TOTAL: CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS CON CERO CTVS M/Cte.

ELABORO **LIQUIDACION Y CARTERA** **FIRMA Y HUELLA PACIENTE** **AUDITOR**

202210-GLOSAS-013190

Facturación electrónica de venta, Autorización No.18764036422222 del 20 de septiembre de 2022 con vigencia de un año, con prefijo y numeración del SSCO 7.236.018 al SSCO 10.000.000. Responsable de IVA en servicios gravados. No practicar Retención en la fuente, No practicar Retención de IVA, No practicar retención de ICA. Esta Factura es impresa por la aplicación DINAMICA GERENCIAL HOSPITALARIA y cumple con todos los requisitos exigidos por Art. 617 del Estatuto Tributario Ley 223, Resolución 042 y decretos complementarios.

Usuario Id. :34671362

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]

2709

compensar | miplanilla.com

Pag. 1 de 1

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

Señor(a):	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
No. Identificación:	CC65748525
Dirección:	CL 35 A SUR NO 34 03
Telefono:	3128733302
Correo:	bertaluciasanchez@gmail.com
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8370344537

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA
Tipo y número de identificación	CC65748525
Número de planilla	8370344537
Fecha pago	2023-09-11
Número de autorización pago	98068641
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2023
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2023
Número de Administradoras	4
Total Pagado	384100
Total Intereses de Mora	2000

PAGADA

8370344537

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-7	Cia. de Seguros Bolivar S.A.	28500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	186500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	23400	1
EPS008	Compensar EPS	145700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 65748525
APELLIDOS Y NOMBRES: BERTA LUCIA SANCHEZ MEDINA

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	25-14	1160000	1160000	1160000	1160000	145000	0	185600	0	28300	23200

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