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

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE FACTURACION . AUTORIZACIONES
FORMATO INFORME Y CUENTA DE COBRO

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0328 2019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	VICTORIA

Nombre del Contratista: DORIS YANETH ASTROZ CORTES **C.C.** 51.963.619 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-01-10 **Fecha Terminación incial:** 2019-31-10 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.455.000

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	$ 7.050.000		2019-02-16	2019-07-15
2	$ 2.910.000		2019-07-16	2019-09-15
3	$ 2.910.000		2019-09-16	2019-11-15
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Nº CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 705.000	$ 256.300	8656343890
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 256.300	8656015348
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 256.300	8655456099
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 256.300	8654934754
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 256.300	8654462940
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 256.300	8653891255
7	JULIO	$ 705.000	$ 256.300	8653466242
8	JULIO	$ 727.500	$ 256.300	8653466242
9	AGOSTO	$ 1.455.000	$ 256.300	8652959356
10	SEPTIEMBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	8652378401
11	OCTUBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	8651815231
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.410.000	$ 14.280.000	$ 13.552.500	$ 727.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-01-10 **Hasta:** 2019-31-10

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

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 51.963.619 **de** BOGOTA

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DORIS YANETH ASTROZ CORTES
IDENTIFICACION:	CC-51963619
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-10-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-11-07
FECHA DE PAGO:	2019-10-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2019-10
PERIODO SALUD:	2019-10
NUMERO PLANILLA:	8651815231
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8670568753
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 103.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 132.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.200	$ 20.200
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300	$ 256.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/12/2019