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

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0308 2019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: YAMILE ENCISO GUERRA **C.C.** 53.131.830 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-01-16 **Fecha Terminación incial:** 2019-02-15 **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	$ 93.871		2019-08-16	2019-08-16
5	$ 2.910.000		2019-11-16	2020-01-15
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	$ 241.800	1018222891
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 256.300	1019113774
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 258.500	1019113842
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 256.300	1020607991
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 256.300	1021225046
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 256.300	1021901299
7	JULIO	$ 705.000	$ 256.300	1022514234
8	JULIO	$ 727.500	$ 256.300	1022514234
9	AGOSTO	$ 1.548.871	$ 256.300	1023226696
10	SEPTIEMBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	1023955052
11	OCTUBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	1023955052
12	NOVIEMBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	1025427197
13	DICIEMBRE	$ 1.455.000	$ 256.300	1025814111
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	$ 17.283.871	$ 16.556.371	$ 727.500

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

OBJETO DEL CONTRATO

APOYO A LA GESTION DEL PROCESO DE AUTORIZACIONES

Relación de actividades para el periodo: **Desde:** 2019-12-01 **Hasta:** 2019-12-30

	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 autorizacion y/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la autorizacion	SIIES consoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

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. 53.131.830 **de** BOGOTA

VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS	
NOMBRE:	DANIEL HUMBERTO FLOREZ ZAMBRANO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-12-11, 08:27:51 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1025814111 **Referencia pago(PIN)** 8812976510

Periodo Cotización 201911 **Periodo Servicio** 201911

Cliente:

PAGADA 2019-12-10

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YAMILE ENCISO GUERRA				
Documento	CC 53131830	**Dirección**	CRA 87K 71A08 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3504967757		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53131830		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					ENCISO GUERRA YAMILE	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																	Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 828.116	230301		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	14-23	3	2.436 %	$ 828.116	$ 20.200	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!