2

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:	PS0299 2019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: DURLEY NATALIA MARROQUIN BUITRAGO **C.C.** 1.022.999.313 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-01-16 **Fecha Terminación inicial:** 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				
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	$ 257.500	31995969
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 274.200	32974168
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 274.200	33132810
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 274.700	34252759
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 272.900	34214044
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 272.900	35309858
7	JULIO	$ 705.000	$ 272.900	35601858
8	JULIO	$ 727.500	$ 272.900	35601858
9	AGOSTO	$ 1.455.000	$ 272.900	36269909
10	SEPTIEMBRE	$ 1.455.000	$ 274.000	36900209
11				
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	$ 12.097.500	$ 2.182.500

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:** 2019-09-01 **Hasta:** 2019-09-30

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN
1	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		SIIES comoletamente diligenciado
5	Reporte a trabajo social los casos particulares que ameriten su intervencion	libro de control de reporte
6	soporte del total de las facturas con las autorizaciones emitidasd por EAPB	Paquetes administrativos en cada factura
7	Reportar el 100% de las novedadesque se presenten en la ejecucion del objeto contractual	libro de control de reporte
8	Actualizacion en la normatividad vigente del SGSSS	
9	Asistir a reuniones y capacitaciones	Planillas de asistencia
10	Realizar actividades relacionadas en el objeto conytractial que el supervisor del contrato asigne	

Observaciones:

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

Natalia Marroquín
Firma del Contratista

C.C. 1.022.999.313 **de** BOGOTA

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

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DURLEY NATALIA MARROQUIN BUITRAGO	**Nit:**	1022999313
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Agosto 2019
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Agosto 2019
Número de radicación:	36900209	**Total a pagar:**	$274,000
Fecha de vencimiento:	04/09/2019	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	09/09/2019	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	492200839
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	$20,300
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$133,000
CCF22	860007336	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$16,700
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		$0.00	$104,000
						$274,000

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

»Ver planillas pagadas

Le informamos que el pago de la planilla No. 36900209, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

Todos los derechos reservados © 2019 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente