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 0307 2019	**C.D.P. No.:**	5	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	SANTA CLARA

Nombre del Contratista: ANDRES FELIPE VELASQUEZ ORTIZ **C.C.** 1.074.135.296 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-02-15 **Fecha Terminación incial:** 2019-07-15 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.705.336

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	$ 886.176			
4	$ 2.910.000		2019-09-16	2019-11-15
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	ENERO	$ 705.000	$ 241.800	8487789433
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 257.300	8489394324
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 256.300	8489283521
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 256.300	8491153537
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 257.200	8492363012
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 256.300	8493248989
7	JULIO	$ 705.000	$ 256.300	8494299595
8	JULIO	$ 915.528	$ 256.300	8494299585
9	AGOSTO	$ 1.830.456	$ 256.300	8495548698
10	SEPTIEMBRE	$ 1.705.336	$ 257.000	8496697325
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	$ 15.166.176	$ 12.911.320	$ 2.254.856

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

OBJETO DEL CONTRATO

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	correos electronicos, codigo de autorizaciony/o autorizacion fisica
4	Registrar en matriz de seguimiento y SIIES la gestion de la consecucion de la	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	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	

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. 1.074.135.296 **de** BOGOTA

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1074135296		VELASQUEZ ORTIZ ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	sin direccion	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-08	2019-08	499663598	8496697325	I	2019/09/23	2019/09/26	BANCOLOMBIA	3	$257,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC 1074135296	VELASQUEZ ORTIZ ANDRES FELIPE	25-14	30	$828,116	$132,500	EPS017	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-7	30	$828,116	$20,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$20,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$300	$0	$132,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$300	$0	$132,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$100	$0	$20,300
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	$20,200	$100	$0	$20,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$300	$0	$103,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$103,600	$300	$0	$103,900
TOTAL				1	$256,300	$700	$0	$257,000

PLANILLA PAGADA

2019/09/26 01:12 PM