15

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
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 0316 2019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: SANDRA MILENA GUEVARA CASTILLO **C.C.** 52.733.221 **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				
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	32167575
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 257.500	32585073
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 258.000	33164617
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 257.500	33782876
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 257.800	34405343
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 256.300	35044586
7	JULIO	$ 705.000	$ 257.300	8335635655
8	JULIO	$ 727.500	$ 257.300	8335635655
9	AGOSTO	$ 1.642.742	$ 257.000	8336303681
10	SEPTIEMBRE	$ 1.455.000	$ 257.500	36930734
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	$ 12.285.242	$ 1.994.758

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

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (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	

REALIZO DOS TURNOS EXTRAS EL DIA 20 Y 22 DE AGOSTO DEL AÑO EN CURZO, CADA UNO DE 12 HORAS, PARA UN TOTAL DE 24 HORAS, EN REMPLAZO DE LA INCAPACIDAD DEL SEÑOS DAVID LOZANO.

Sandra M. Guevara
Firma del Contratista

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

C.C. 52.733.221 **de** BOGOTA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52733221	SANDRA MILENA GUEVARA CASTILLO	CRA 3C 36 H 61 SUR	3645493	SANDRITA.GUEVARA01@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
			2019/09/11	493500834	EMPLEADOS / UPC
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-08	2019-08	I	11/09/2019	36930734	$257.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	103.600	0		0		0	6	500	0	104.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	132.500	0	0	0	0	6	600	0	133.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	20.200				20.200	6	100	20.300			202	20.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	103.600	104.100
Pensión	1	132.500	133.100
Riesgos Laborales	1	20.200	20.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	256.300	257.500

PAGADA 36930734

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