

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

CÓDIGO: AP-IA-
 17-01
 VERSIÓN: 01
 FECHA: 2017-07-07

I. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: C.D.P. No.: Proceso al que pertenece:
 Unidad a la que pertenece:
 Nombre del Contratista: C.C.: de:
 Fecha Inicio: Fecha Terminación (estm): Valor Mensual: Valor a cobrar:

ADICIÓN/ OTRO SI	VALOR ADICIÓN	CDP	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN
1	\$ 4.530.000		16-09-2019	15-11-2019
2	\$ 4.530.000		16-11-2019	15-01-2020
3				
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	JULIO	\$ 1.105.700	\$ 272.000	3334493
2	AGOSTO	\$ 2.265.000	\$ 238.000	32 27829
3	SEPTIEMBRE	\$ 2.265.000	\$ 238.000	3332571
4	OCTUBRE	\$ 2.265.000	\$ 238.000	3335069
5	NOVIEMBRE	\$ 2.265.000	\$ 238.000	3335125
6	DICIEMBRE	\$ 2.265.000	\$ 238.000	3335125
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				

Resumen de contrato	VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 4.530.000	VALOR TOTAL DEL CONTRATO \$ 13.590.000	PAGOS REALIZADOS \$ 12.430.700	SALDO DEL CONTRATO \$ 1.159.300
---------------------	---	--	--	---

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

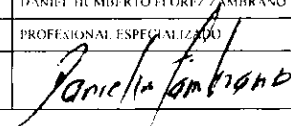
Relación de actividades para el periodo: Desde: Hasta:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO ACTIVIDADES PROYECTADAS POR EL MUNICIPIO EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO
1 Recepción de facturas en estado de devolución por autorizaciones	Matriz de Recepción diligenciada
2 Analisis de los motivos de devolución por parte de las E-APB	Respuesta de devolución
3 Realizar la gestión pertinente frente a cada factora en estado de devolución que subsane la misma	Respuesta de devolución
4 Diligenciar el formato de devoluciones establecido y adjuntar a la factura junto con los soportes que subsanen la glosa	Matriz de devoluciones
5 Diligenciar matriz de seguimiento y control de la trazabilidad del proceso de devoluciones por autorización	Matriz de seguimiento
6 Gestionar y asistir a citas de conciliaciones con las diferentes E-APB	Actas de conciliación
7 Radicar ante las E-APB las respuestas de las devoluciones en los tiempos establecidos	Soportes de Radicación
8 Gestionar la facturación en devolución que se requiera radicar en la Super Salud de acuerdo a los lineamientos de este Ente	Matriz Super Salud
9 Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas por el área	Planillas de asistencia
10 Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

Observaciones:
 Se anexa certificación de pago a Super Salud 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. de

VISTO BUEND SUPERVISOR DE CONTRATOS

NOMBRE:	DANIEL HUMBERTO FLOREZ ZAMBRANO
CARGO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
FIRMA	

Planilla de Pago - Liquidación de la Planilla Salud - Noviembre 2019.

Diciembre 9 de 2019 / 3:23 PM

Resumen de pago

Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ	Nit:	1622445091
Tipo planilla:		Periodo liquidación Pensiones	Noviembre 2019
Sucursal o Dependencia:	PRGSA-000	Periodo liquidación Salud:	Noviembre 2019
Número de radicación:	85856240	Total a pagar:	\$228.600
Fecha de vencimiento:	10/12/2019	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	10/12/2019	Número de administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Protección Social	Medio de pago:	Pago en Cajas
Banco:	1023	Número de aprobación:	16518125
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
1017	860002503	Caja de Seguros Bolívar S.A.	1		\$0.00	\$22.100
7914	960336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$145.000
03124	800366042	Compensar Caja de Compensación Fijar	1		\$0.00	\$18.200
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0.00	\$113.300
						\$298.600

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