Centro Oriente E.S.E.

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

CODIGO: AP-IA-FT-01
VERSION: 01
FECHA: 2017-07-07

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PX 4425 2019 | C.D.P. No.: | Proceso al que pertenece: AUTORIZACIONES DE VOLUCIONES | Unidad a la que pertenece: SAN BLAS

Nombre del Contratista: DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ | C.C. 1.022.933.691 | de: BOGOTA

Fecha Inicio: 17 DE JULIO DE 2019 | Fecha Terminacion inicial: 2020-01-15 | Valor Mensual: $ 2.265.000 | Valor a cobrar: $ 2.265.000

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				

N° CTA	MES DE CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR	VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL	NÚMERO DE PLANILLA
1	JULIO	$ 1.105.700	$ 272.900	3134463
2	AGOSTO	$ 2.265.000	$ 298.600	42127819
3	SEPTIEMBRE	$ 2.265.000	$ 298.600	53327071
4	OCTUBRE	$ 2.265.000	$ 298.600	3736867
5	NOVIEMBRE	$ 2.265.000	$ 298.600	41157125
6	DICIEMBRE	$ 2.265.000	$ 298.600	16518125
7				
8				
9				
10				
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
$ 4.530.000	$ 13.590.000	$ 12.430.700	$ 1.159.300

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

OBJETO DEL CONTRATO

Relacion de actividades para el periodo: Desde: 2019-12-01 | Hasta: 2019-12-31

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)	DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO (ACTIVIDADES O PRODUCTOS DESARROLLADOS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN)
1	Recepcion de facturas en estado de devolucion por autorizaciones	Matriz de Recepcion diligenciada
2	Analisis de los motivos de devolucion por parte de las EAPB	Respuesta de devolucion
3	Realizar la gestion pertinente frente a cada factura en estado de devolucion que subsane la misma	Respuesta de devolucion
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 autorizacion	Matriz de seguimiento
6	Gestionar y asistir a citas de conciliaciaciones con las diferentes EAPB	Actas de conciliacion
7	Radicar ante las EAPB las respuestas de las devoluciones en los tiempos establecidos	Soportes de Radicacion
8	Gestionar la facturacion en devolucion 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 area	Planillas de asistencia
10	Realizar las demas actividades relacionadas con el objeto contractual que asigne el supervisor de contrato	

Observaciones:

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

Firma del Contratista

C.C. 1.022.933.691 de BOGOTA

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

Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	DIANA CAROLINA POVEDA SUAREZ	**Nit:**	[illegible]
Tipo planilla:		**Periodo liquidación Pensiones**	[illegible]
Sucursal o Dependencia:	[illegible]	**Periodo liquidación Salud:**	[illegible]
Número de radicación:	[illegible]	**Total a pagar:**	[illegible]
Fecha de vencimiento:	[illegible]	**Total de empleados:**	[illegible]
Fecha de pago:	[illegible]	**Número de administradoras:**	[illegible]

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago en Cajas
Banco:	1023	**Número de aprobación:**	16518125
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Codigo	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Numero de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
[illegible]	[illegible]	[illegible] Seguros Bolivar S.A.	1		$0.00	$22,100
[illegible]	[illegible]	[illegible] Pensiones Colpensiones	1		$0.00	$145.000
CCF24	[illegible]	Compensar Caja de Compensacion Fliar	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 Dperador de Información