	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	FECHA: 31/10/2019
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES :OCTUBRE

AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion			**UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL**					
No. DE CONTRATO: 1252/2018	**Actividades Ejecutadas**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO:1024565902		**1**	**10**	**2019**	**31**	**10**	**2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA: SAMANTHA LUCIA CAMPIS MARTINEZ

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTACION DE SERVICIOS / FACTURADOR CUENTAS MEDICAS

AREA DE SERVICIO: FACTURACION

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	**RECEPCION DE SOPORTES DEL SERVICO DE IMÁGENES CON RELACION DE LOS MISMOS**
2	**REVISION DE LOS SELLOS Y FIRMAS DE LOS SOPORTES**
3	**FACTURACION DE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGIA -IMÁGENES, MEDICINA NUCLEAR , INTERVENCIONISMO**
4	**IMPRESIÓN Y PEGADO DE TODOS LOS SOPORTES DEL MISMO SERVICO**
5	**SEPARADO , PUNTEADO Y SELLADO DE TODAS LAS FACTURAS POR FUERZAS**
6	**ALISTAMIENTO PARA LA RADICACION A LA DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR**
7	**RADICACION A LA DGSM**
8	**SE REALIZARON 703 FACTURAS DEL SERVICIO DE IMÁGENES POR UNA CANTIDAD DE $234.235.485**
9	
10	

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.590.000) UN MILLON QUINIENTOS NOVENTAMIL PESOS m/c

OBSERVACIONES:

Samantha Campis.
OPS.:
SAMANTHA LUCIA CAMPIS
cc.1.024.565.902

Revisó.
Fabian Rojas
Revisor de Cuentas Medicas

Revisó.
Martha Garzon
Auditor de cuentas Medicas

Aprobó. Dra. Marta Edy Ariza Mateus
Jefe Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad de Cuentas Hospitalarias y Facturacion

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-10-23, 02:51:03 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1023811774 **Referencia pago(PIN)** 8899944300

Periodo Cotización 201909 **Periodo Servicio** 201909

Cliente:

PAGADA 2019-10-17

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SAMANTA LUCIA CAMPIS MARTINEZ	**Dirección**	CLL 59A SUR #77C 27		
Documento	CC 1024565902	**Teléfono**	7796633		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Tipo Persona	NATURAL	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Identificación**			
Representante Legal					

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1024565902		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CAMPIS MARTINEZ SAMANTA LUCIA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apo ICE
															0	30	30	30	30			$ 828.116	230301		16 %	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	14-25	3	2,436 %	$ 828.116	$ 20.200	CCF21	2 %	$ 828.116	$ 16.600	0 %	$ 0	0 %	$

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	COLMENA VIDA Y RIESGOS	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	$ 272.900
$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 20.200	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	