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-01**
**VERSIÓN: 01**
**FECHA: 2017-07-07**

## 1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **No. CONTRATO - OPS:** | PS 0321 2019 | **C.D.P. No.:** | 71 | **Proceso al que pertenece:** | AUTORIZACIONES |
| | | | | **Unidad a la que pertenece:** | SAN BLAS |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | KEVIN ANDRES LOPEZ VARGAS | **C.C.** | 1.013.677.910 | **de:** | BOGOTA |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha Inicio:** | 16 DE ENERO DE 2019 | **Fecha Terminación incial:** | 15 DE FEBRERO DE 2019 | **Valor Mensual:** | $ 1.455.000 | **Valor a cobrar:** | $ 2.391.131 |

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| 1 | $ 7.050.000 | | 16/02/2018 | 15/07/2018 |
| 2 | $ 2.910.000 | | 16/07/2019 | 15/09/2019 |
| 3 | $ 0 | | 01/08/2019 | 31/08/2019 |
| 4 | $ 2.910.000 | | 16/09/2019 | 15/11/2019 |
| 5 | $ 0 | | 15/10/2019 | 08/11/2019 |
| 6 | $ 2.910.000 | | 16/11/2019 | 15/01/2020 |
| 7 | $ 936.130 | | 18/12/2019 | 15/01/2020 |
| 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 | ENERO | $ 705.000 | $ 0 | 0 |
| 2 | FEBRERO | $ 1.410.000 | $ 277.400 | 1018952035 |
| 3 | MARZO | $ 1.410.000 | $ 274.900 | 1019221437 |
| 4 | ABRIL | $ 1.410.000 | $ 272.900 | 1019726163 |
| 5 | MAYO | $ 1.410.000 | $ 274.900 | 1020315393 |
| 6 | JUNIO | $ 1.410.000 | $ 273.300 | 10211514946 |
| 7 | JULIO | $ 705.000 | $ 274.200 | 1021611509 |
| 8 | JULIO | $ 705.000 | $ 274.200 | 1021611509 |
| 9 | AGOSTO | $ 1.455.000 | $ 273.900 | 1022419262 |
| 10 | SEPTIEMBRE | $ 1.455.000 | $ 274.000 | 1023116143 |
| 11 | OCTUBRE | $ 1.455.000 | $ 274.200 | 1023822461 |
| 12 | NOVIEMBRE | $ 2.018.226 | $ 274.700 | 102455502 |
| 13 | DICIEMBRE | $ 2.391.131 | $ 274.500 | 1025369682 |
| 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 | $ 18.126.130 | $ 17.939.357 | $ 186.773 |

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

**OBJETO DEL CONTRATO**

**Relación 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 | 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 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 conytractial que el supervisor del contrato asigne | |

**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.** 1.013.677.910 **de** BOGOTA

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2019-12-11, 11:23:11 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1025369682

**Periodo Cotización:** noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8891810050

**PAGADO 11/12/2019**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | KEVIN ANDRES LOPEZ VARGAS | | |
| **Documento** | CC1013677910 | **Dirección** | carrera 7 31b 04 sur |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3194039324 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1013677910 | KEVIN ANDRES LOPEZ VARGAS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 828,116 | $ 132,500 | (EPSC34) RECAUDO SGP CAPITAL SALUD | $ 828,116 | $ 103,600 | 2.436 | $ 828,116 | $ 20,200 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 828,116 | $ 16,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,900 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 828,116 | $ 132,500 | $ 103,600 | $ 20,200 | $ 16,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 272,900 | $ 1,600 | $ 274,500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!