24

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
VERSIÓN: 01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS:	PS 03252019	**C.D.P. No.:**	71	**Proceso al que pertenece:**	AUTORIZACIONES
				Unidad a la que pertenece:	MATERNO INFANTIL

Nombre del Contratista: DAVID ALEJANDRO LOZANO CRUZ **C.C.** 1.022.354.267 **de:** BOGOTA

Fecha Inicio: 2019-01-16 **Fecha Terminación incial:** 2019-02-15 **Valor Mensual:** $ 1.455.000 **Valor a cobrar:** $ 1.309.500

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	4255036896
2	FEBRERO	$ 1.410.000	$ 258.300	42676155549
3	MARZO	$ 1.410.000	$ 258.800	4267719387
4	ABRIL	$ 1.410.000	$ 256.300	4272608089
5	MAYO	$ 1.410.000	$ 257.200	4275627947
6	JUNIO	$ 1.410.000	$ 256.300	4281298629
7	JULIO	$ 705.000	$ 256.300	4283802405
8	JULIO	$ 727.500	$ 256.300	4283802405
9	AGOSTO	$ 97.000	$ 256.300	4289215161
10	SEPTIEMBRE	$ 1.309.500	$ 256.300	4294562465
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	$ 10.594.000	$ 3.686.000

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 periodo: **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	

INCAPACITADO DESDE EL DIA 3 DE AGOSTO AL 3 DE SEPTIEMBRE. DEL AÑO 2019

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

DAVID LOZANO 1022354267.
Firma del Contratista

C.C. 1.022.354.267 **de** BOGOTA

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1022354267
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DAVID LEANDRO LOZANO CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	TRAV 34 # 58C - 63 SUR	TELÉFONO:	3058890
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4294562465**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2019	SALUD:	AÑO:	2019

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO			
FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2019/09/16	0	$ 0	$ 256.300
2019/09/17	1	$ 300	$ 256.600
2019/09/18	2	$ 500	$ 256.800
2019/09/19	3	$ 700	$ 257.000
2019/09/20	4	$ 900	$ 257.200
2019/09/23	7	$ 1.500	$ 257.800

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 132.500
SUBTOTAL:			1	**$ 132.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 103.600
SUBTOTAL:			1	**$ 103.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860002183	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1	$ 20.200
SUBTOTAL:			1	**$ 20.200**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 256.300**