	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS	**FECHA: 31/03/2024**
	UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION	

CUENTA DE COBRO MES : MARZO DEL 2023

AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Medicas y Facturacion						**UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL**		
No. DE CONTRATO: 0564-2023	**Actividades Ejecutadas**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Dia**	**Mes**	**Año**
DOCUMENTO: cc 80.409.152		1	03	2024	31	03	2024

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Mauricio Roa Mogollon

OBJETO DEL CONTRATO: Revisor de cuentas médicas

AREA DE SERVICIO: UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACION

ACTIVIDADES REALIZADAS

1	Realizar actividades de seguimiento y revisión a las cuentas médicas sobre procesos administrativos prioritarios para garantizar la calidad tecnica
2	Participacion activa en los procesos de facturacion y seguimiento técnico para el mejoramiento continuo del área
3	Realizar seguimiento a la base de datos que contiene la asignacion de ingresos y egresos de acuerdo a las cuentas asignadas por la jefatura de la Unidad
4	Desarrollar acciones para articular los procesos y procedimientos de la Unidad y trabajar en equipo con el Auditor, organizadores y analistas lo relacionado con la facturacion del área asignada
5	Realizar actividades pre revisoria administrativa a las cuentas medicas sobre procesos prioritarios para garantizar la calidad de la facturación, dicha revisoria se realiza dentro de los parametros que establezca la de la Unidad de cuetas medicas, teniendo en cuenta el convenio de la DGSM y sus anexos.
6	Realizar seguimiento a los ajustes revisados a la revisoria de cuentas y generar las acciones de mejora que corresponda
7	Realizar seguimiento permanente al proceso de facturacion del área asignada y concertar con el reesponsable directo, los ajustes necesarios
8	Realizar informes del área asignada verificando la confiabilidad de los datos
9	Cumplir con el diligenciamiento, y seguimiento a planillas de novedades y control del area asignada de facturación
10	Realizar el seguimiento semanal a metas de cumplimiento de productividad del area asignada en el proceso de facturación.
11	Cargar las actividades relacionadas a la facturación en el sistema de información implementando mecanismos de control para la disminución de glosas
12	Facturacion de procedimientos ambulatorios del servicio de Reumatologia , Endocrinologia (Quimioterapias)
13	Contestacion de glosa de las cuentas hospitalarias generada por la DGSM
14	Asistir a las reuniones programadas para seguimiento de ejecucion (productividad)
15	Actividades inherentes al contrato

TOTAL A PAGAR : $ 3.237.000 Tres millones doscientos treinta y siete mil pesos.

OBSERVACIONES:

OPS.: **Mauricio Roa Mogollon**
c.c. 80409152

Aprobó. **Dra. Marta Eddy Ariza Mateus**
Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa
Unidad Cuentas Hospitalarias y Facturación

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80409152
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MAURICIO ROA MOGOLLON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 181C 13-91 IN 37 AP 504	TELÉFONO:	8003859
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**5165610787**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0697002248	

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 208.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 208.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 162.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 162.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 26.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 26.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 31.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 31.700**

VALOR SIN MORA:	**$ 428.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 428.200**