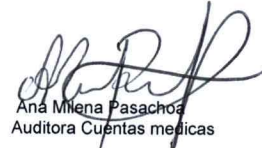


|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|-----|----------------------------------|------------|-----|------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                               |                        |     |     |                                  | 31/05/2024 |     |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACIÓN                                                                                                                                                                                           |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| Cuenta de Cobro Mes : MAYO 2024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| AREÁ Y/O SERVICIO: Unidad de Cuentas Médicas y Facturación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     | UNIDAD: HOSPITAL MILITAR CENTRAL |            |     |      |
| No. DE CONTRATO: UNTH-0506-2023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                   | Actividades Ejecutadas | Día | Mes | Año                              | Día        | Mes | Año  |
| DOCUMENTO: 1012397346                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 1   | 05  | 2024                             | 31         | 05  | 2024 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: MARIA ALEJANDRA BOBADILLA FORERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO: FACTURADOR DE CUENTAS MEDICAS Y HOSPITALARIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| AREA DE SERVICIO: UNIDAD DE CUENTAS MEDICAS Y FACTURACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Registrar diariamente en el sistema los servicios prestados a los usuarios, previa verificación de los soportes e informando oportunamente las inconsistencias encontradas                                                        |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Verificar la correcta admisión del paciente solicitando los ajustes cuando se requiera                                                                                                                                            |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Realizar las acciones requeridas en conjunto con los auditores y revisores, lo relacionado con el servicio de Consulta Externa, para el cumplimiento de los indicadores de productividad y de calidad propios de la Unidad.       |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Verificar contra Historia Clínica cada uno de los ingresos asignados, e informar al revisor mediante consolidado cuales ingresos corresponden a Cirugía, ambulatorio y cuales ingresos corresponden a hospitalizados entre otros. |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Verificar cada uno de los ingresos asignados y si hay soportes anexos escanearlos.                                                                                                                                                |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Organizar, pegar facturas, puntuar y escanear todas las facturas realizadas para la respectiva radicación en la DGSM                                                                                                              |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Y todas las demás inherentes al contrato.                                                                                                                                                                                         |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Apoyo en ventanilla de urgencias.                                                                                                                                                                                                 |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.395.000 PESOS (DOS MILLONES TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |
| <div><div><p>ALEJANDRA BOBADILLA</p><p>OPS.: María Alejandra Bobadilla Forero</p><p>C.C 1012397346</p></div><div><p>Doctora. Marta Edy Ariza Mateus</p><p>Jefe de Unidad de Seguridad y Defensa</p><p>Unidad cuentas Hospitalarias y Facturación</p></div><div><p>Ana Milena Pasachoa</p><p>Auditora Cuentas medicas</p></div></div> |                                                                                                                                                                                                                                   |                        |     |     |                                  |            |     |      |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                   |                           |              |                               |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                  | DIRECCIÓN                 | TÉLEFONO     | CORREO                        | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 1012397346        | MARIA ALEJANDRA BOBADILLA FOREIRO | Calle 70 d sur N° 80   68 | 3192744428   | alejia.foreiro803@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                   | CÓDIGO                    | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO            |                                     |
| ÚNICA               | I - Independiente |                                   |                           | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ D.C.                   | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                  |               |                         |                 |               |     |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DI/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DI/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |     |
|                      |                                  |               |                         |                 | EMPLEADOS     | UPC |
|                      |                                  |               |                         |                 | 1             | 0   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                |               |                         |                 | TOTAL A PAGAR |     |
| 2024-04              | 2024-04                          | I             | 03/05/2024              | 76652116        | \$402.200     |     |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |              |     |                        |               |                  |       |                     |       |               |
|---------------|--------------|-----|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|---------------|
| Código EPS    | Nombre       | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | No. Afiliados |
|               |              |     |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |               |
| EPS017        | Familiar EPS |     | 830003564-7            | 162.500       | 0                | 0     | 0                   | 0     | 1             |

| TOTALES PENSION |          |     |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |
|-----------------|----------|-----|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | No. Afiliados |
|                 |          |     |                        |                            |                             |                          |                           |           |               |
| 230301          | Porvenir |     | 800224808-8            | 208.000                    | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                      |     |                        |                  |       |                        |                       |           |               |
|---------------------------|----------------------|-----|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|---------------|
| Código ARL                | Nombre               | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | No. Afiliados |
|                           |                      |     |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |               |
| 14-25                     | Riesgos prof Colmena |     | 800226175-3            | 31.700           |       |                        | 31.700                | 0         | 1             |

| TOTALES CAJAS |  |  |  |  |  |  |  |     |               |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|-----|---------------|
| Nombre        |  |  |  |  |  |  |  |     |               |
| Código CCF    |  |  |  |  |  |  |  | NIT | No. Afiliados |
|               |  |  |  |  |  |  |  |     |               |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |  |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|--|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, RPP y Mora | Total a Pagar |  |
| Salud                  | 1                              | 162.500                             | 162.500       |  |
| Pensión                | 1                              | 208.000                             | 208.000       |  |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 31.700                              | 31.700        |  |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |  |
| TOTALES                | 3                              | 402.200                             | 402.200       |  |